

Τ.Ε.Ι.

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "ΝΟΣΟΣ HODGKIN"



Σπουδάστριες:

ΓΟΥΛΑ ΚΩΝ/ΝΑ

ΚΑΤΣΑΜΠΑ ΟΥΡΑΝΙΑ

Υπεύθυνος Καθηγητής:

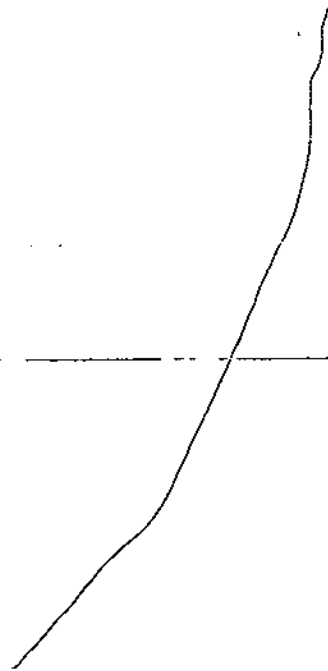
Κ.Δημητρίου Μιχάλης

Πάτρα 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ	349
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	



Ευχαριστούμε θερμά, για την βοήθεια που μας πρόσφερε
(ο) κ. Δημητρίου, ιατρός παθολόγος, καθώς επίσης, την Δις
Παπαδημητρίου, καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πατρών, για
την θερμή συνεργασία και τις συμβουλές της, για την διεκπε-
ραίωση, της εργασίας αυτής.-



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'	
ΛΕΜΦΩΜΑ	3-4
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	5-6
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	7-8
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ'	
ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ HODGKIN	9
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9-11
ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	12-13
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	13-18
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	18-22
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	22-31
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	32-40
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ	41-46
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	46-48
ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	49-50
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ HODGKIN	51-70
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	71

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των κυριοτέρων στοιχείων, που αφορούν τη νόσο HDGKIN, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα, που παρέχεται σε ασθενή με νόσο HODGKIN.

Κατ' αρχήν, δίνονται γενικές πληροφορίες για τα λεμφώματα, στα οποία κατατάσσεται η νόσος και για την ανατομία και φυσιολογία του λεμφικού συστήματος. Κατόπιν αναφερόμαστε στα στάδια της νόσου και στον διαχωρισμό της νόσου ιστολογικά. Εκτεταμένη αναφορά γίνεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς με νόσο HODGKIN και στις μεθόδους θεραπείας της νόσου.

Στη συνέχεια, περνάμε στο δεύτερο ^{μέρος} της εργασίας, όπου ασχολούμαστε με τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με νόσο HODGKIN και στα ψυχολογικά του προβλήματα ενώ τελειώνουμε με την παρουσίαση τεσσάρων περιπτώσεων ασθενών με νόσο HODGKIN.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η νόσος του HODGKIN, είναι νεοπλασματική νόσος με συνήθη πρώτη εντόπιση τους λεμφαδένες. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου, όπως η άγνωστη αιτιολογία, η ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων και των ιστολογικών ευρημάτων, που υποδηλώνουν μια πιθανή λοίμωξη, όσο και μια νεοπλασία, οι ανοσολογικές διαταραχές που τη συνοδεύουν και η μεγάλη συχνότητα ευνοϊκής απάντησης στη θεραπεία που φθάνει στην ίαση, αποτέλεσαν πρόκληση για έρευνα, που επεκτείνεται σε περισσότερο από έναν αιώνα.

Η πρώτη κλινική περιγραφή έγινε από τον THOMAS HODGKIN, το 1832. Το υλικό της μελέτης αυτής, αποτέλεσαν επτά περιπτώσεις ασθενών. Ο διαχωρισμός του συνδρόμου από λεμφαδενοπάθειες άλλης αιτιολογίας, είχε δυσχέρειες έως ότου η ιστολογική περιγραφή με τα χαρακτηριστικά γιγαντοκύτταρα, από τον STERNBERG το 1898 και την REED το 1902, καθόρισε την ιστολογική ταυτότητα της νόσου. Σήμερα βέβαια, είναι γνωστό ότι το κύτταρο που φέρνει τα ονόματα των δύο αυτών ερευνητών, δεν είναι παθογνωμονικό της νόσου του HODGKIN.

Η νεοπλασματική φύση της νόσου, ήταν αντικείμενο διαφωνιών, για μακρό χρονικό διάστημα.

Υποστηρίχθηκε ότι ήταν λοιμώδους αιτιολογίας, διότι συχνά συνυπήρχε φυματίωση και διότι η κλινική πορεία με τον πυρετό και τη λεμφαδενοπάθεια είχε ομοιότητες με λοίμωξη.

Τελικά, με τις σύγχρονες μεθόδους καλλιέργειας κυττάρων, κυτταρογενετικής, μοριακής βιολογίας και ηλεκτρονικής μικροσκοπίας, αποδείχτηκε ότι το κύτταρο REED STERNBERG έχει νεοπλασματικούς χαρακτήρες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α.

ΛΕΜΦΩΜΑ.

Με τον γενικό όρο "λέμφωμα" χαρακτηρίζεται κάθε κακοήθης επεξεργασία των λεμφικών αδένων.

Κατά τον RAPPAPORT, όταν η υπερπλασία αφορά τον λεμφικό ιστό, η νεοπλασία χαρακτηρίζεται ως λεμφοκυτταρικό λέμφωμα (τύπου Α) και όταν αφορά τα ιστοκύτταρα, χαρακτηρίζεται ως ιστοκυτταρικό λέμφωμα (τύπου Β).

Σε καθέναν από τους τύπους που προαναφέρθηκαν, είναι δυνατό να επικρατούν ώριμα ή ανώριμα κύτταρα. Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες επικρατούν πολύ αδιαφοροποίητα κύτταρα χαρακτηρίζονται ως τύπου C - λεμφοσαρκώματα - δικτυοσάρκωμα. Η νόσος του HODGKIN (τύπου D), συγκαταλέγεται ανάμεσα στα κακοήθη λεμφώματα, επειδή όμως οι βιολογικοί χαρακτήρες, είναι ειδικοί της νόσου, για τούτο περιγράφεται πάντοτε ως ιδιαίτερη οντότητα.

Σε όλες τις μορφές του λεμφώματος που έχουν προαναφερθεί, υπάρχει διαταραχή της αρχιτεκτονικής του γαγγλίου. Τα κακοήθη κύτταρα, είναι δυνατό να εμφανίζουν διηθητικούς χαρακτήρες, αντικαθιστώντας έτσι κάπως τον φυσιολογικό ιστό του λεμφογαγγλίου, ή να συσσωρεύονται κατά τόπους, προσδίδοντας τη μορφή χαλαρών ή συμπαγών οζιδίων (λεμφοζίδια). Παλαιότερα τα λεμφοζίδια τούτα είχαν θεωρηθεί ως έκφραση φυσιολογικής αντιδράσεως βλαστικών κέντρων του ιστού των λεμφογαγγλίων και η κακοήθης μορφή του λεμφώματος, που έπαιρνε τη μορφή αυτή, περιγραφόταν ως λεμφοζιδιακό λέμφωμα ή νόσος BRILL - SYMMERS.

Σήμερα, υποστηρίζεται ότι τα λεμφοζίδια που παρατηρούνται κατά την ιστολογική εξέταση του γαγγλίου, είναι παθολογικές καταστάσεις και όχι απλές αντιδράσεις φυσιολογικού γαγγλίου.

Για την ταξινόμηση των λεμφωμάτων, έχουν προταθεί πολλοί τρόποι.

Η πιο εύχρηστη και κατανοητή ταξινόμηση παραμένει εκείνη που προτάθηκε από τον RAPAPPORT.

Στην ταξινόμηση αυτή διακρίνουμε:

A. Λεμφοκυτταρικό λέμφωμα.

1) Καλώς διαφοροποιημένα κύτταρα:

α) διηθητική μορφή

β) οξώδης μορφή

2) Ατελώς διαφοροποιημένα κύτταρα:

α) διηθητική μορφή

β) οξώδης μορφή

B. Ιστοκυτταρικό λέμφωμα.

1) Καλώς διαφοροποιημένα κύτταρα:

α) διηθητική μορφή

β) οξώδης μορφή

2) Ατελώς διαφοροποιημένα κύτταρα:

α) διηθητική μορφή

β) οξώδης μορφή

Γ. Αδικοροποίητο λέμφωμα - αδικοροποίητα κύτταρα:

α) διηθητική μορφή

β) οξώδης μορφή

Δ. HODGKIN

Μερικά λεμφώματα με οξώδη μορφή χαρακτηρίστηκαν ως νόσος

BRILL - SYMMERS ή μεγαλολεμφοζιδιακό λέμφωμα. Επειδή όλες οι μορφές συσχετίστηκαν με την αντιδραστική υπερπλασία των λεμφογαγγλίων, ο όρος BRILL - SYMMERS δεν θεωρείται πια συνώνυμος του λεμφώματος οξώδους μορφής.

Ο όρος λεμφοσάρκωμα χρησιμοποιείται σε όλες τις μορφές τύπου A και κυρίως 2α, και ο όρος δικτυοσάρκωμα, στις μορφές των λεμφωμάτων τύπου B και κυρίως B2α και Cα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Το λεμφικό δίκτυο αποτελεί το τρίτο σκέλος του κυκλοφοριακού συστήματος στον άνθρωπο. Σε αντίθεση όμως με το αρτηριακό και φλεβικό, τα οποία αποτελούν κλειστό κύκλωμα, αυτό αρχίζει από την περιφέρεια και καταλήγει στο κέντρο. Το λεμφικό σύστημα βρίσκεται μόνο στα σπονδυλωτά, αποτελείται δε από προσαγωγό σκέλος προς τους λεμφαδένες, και απαγωγό από τους λεμφαδένες προς τα κεντρικότερα αγγεία. Τα στοιχεία τα οποία αποτελούν το σύστημα τούτο, είναι: η λέμφος, τα τριχοειδή, τα λεμφαγγεία, οι λεμφαδένες και τα λεμφοκυτογόνα όργανα (σπλήν, μυελός των οστών, θύμος αδένας, αμυγδαλές).

Ιστορικά, αν και ο Ιπποκράτης είχε αναφερθεί στο "λευκό αίμα" εν τούτοις, η πλήρης περιγραφή του λεμφικού συστήματος έγινε από τον RUDBECK το 1653.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑΣ.

Το λεμφικό σύστημα έχει την ίδια εμβρυολογική καταγωγή με το υπόλοιπο αγγειακό σύστημα. Το ενδοθήλιο των λεμφαγγείων, εκπορεύεται από το φλεβικό. Άλλες μελέτες τείνουν να αποδείξουν ότι μέρος του λεμφικού συστήματος προέρχεται με συνδυασμό του μεσεγγυματικού χώρου (κολπίσκου) και τροποποιηθέντων φλεβών. Αρχικά, σχηματίζονται τα τριχοειδή, μετά αναπτύσσονται τα μεγαλύτερα λεμφαγγεία.

Οι λεμφαδένες, σχηματίζονται κατά τον τρίτο εμβρυϊκό μήνα, επί των τριχοειδών πλεγμάτων όπου, παρούσα λεμφοκυττάρων, σχηματίζονται τα λεμφοζίδια, ενώ μεσεγγυματικά στοιχεία σχηματίζουν κάψα από συνδετικό ιστό.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ.

Η διάβαση των τριχοειδών, εκδηλώνεται με εξίδρωση πλάσματος και με την έξοδο λευκών αιμοσφαιρίων. Αυτή η διάβαση του πλάσματος και των λευκών αιμοσφαιρίων μέσα από το τοίχωμα των τριχοειδών, σχηματίζει ένα διάμεσο υγρό, το οποίο περιβάλλει άμεσα τα κύτταρα, τα οποία παραλαμβάνουν ένα μέρος από τις θρεπτικές ουσίες και αποβάλλουν

άχρηστες ουσίες. Αυτό το ενδιάμεσο υγρό, λέγεται λέμφος και επιστρέφει στη γενική κυκλοφορία με ειδικά αγγεία που λέγονται λεμφικά αγγεία.

1) Η λέμφος. Η λέμφος, είναι ένα κιτρινωπό υγρό, αλκαλικής αντιδράσεως. Η σύνθεσή του, είναι ανάλογη με εκείνη του πλάσματος του αίματος. Περιέχει επίσης λευκά αιμοσφαίρια και κυρίως λεμφοκύτταρα. Στο σύνολό της η λέμφος είναι αίμα, το οποίο όμως δεν έχει ερυθρά αιμοσφαίρια.

2) Τα λεμφικά αγγεία. Υπάρχουν σε όλο τον οργανισμό του ανθρώπου και σχηματίζονται από τριχοειδή πολύ μικρά αγγεία, τα οποία λέγονται λεμφικά τριχοειδή και τα οποία μοιάζουν με ένα δίκτυο. Μετά από τα τριχοειδή λεμφικά αγγεία, σχηματίζονται αγγεία ευρύτερα, τα οποία λέγονται λεμφαγγεία ή λεμφικοί κορμοί.

Αυτά τα λεμφαγγεία, ενώνονται μεταξύ τους για να σχηματίσουν ακόμη ευρύτερα λεμφαγγεία. Εκεί που συνενώνονται πολλά λεμφικά αγγεία, βρίσκονται τα λεμφογάγγλια, τα οποία είναι δυνατόν να είναι απομεμονωμένα ή συναθροισμένα σε ορισμένες περιοχές και κυρίως στην περιοχή που τελειώνει ο μηρός και αρχίζει ο κορμός, καθώς και στην περιοχή του κοίλου της μασχάλης, όπως και σε άλλες περιοχές του ανθρώπινου οργανισμού.

Τα λεμφαγγεία του λεπτού εντέρου, λέγονται χυλοφόρα. Μεταφέρουν λέμφο πολύ πλούσια σε λίπη ή λιπίδια, τα οποία απορροφούνται από το βλενογόνο του εντέρου κατά τη διάρκεια της πέψεως. Αυτή η ειδική λέμφος, ονομάζεται και χυλός.

Η λέμφος απάγεται από δύο μεγάλα λεμφικά αγγειακά συστήματα, τα οποία τελικά με δύο πόρους εκβάλλουν στο φλεβικό σύστημα. Αυτά είναι:

- ο ελάσων θωρακικός πόρος. Έχει μήκος 2 CM και αποχετεύει τη λέμφο του δεξιού τμήματος της κεφαλής, του λαιμού, του θώρακα και του δεξιού άνω άκρου. Εκβάλλει στη δεξιά υποκλείδια φλέβα στο ύψος

της δεξιάς φλεβώδους γωνίας.

- Ο μείζων θωρακικός πόρος. Έχει μήκος 30-40 CM και αποχετεύει τη λέμφο του υπόλοιπου σώματος. Αρχίζει από το κύτος της κοιλιάς, στο ύψος του πρώτου οσφυϊκού σπονδύλου (Ο1) από ένα διογκωμένο τμήμα το οποίο λέγεται χυλοφόρος δεξαμενή. Από τη χυλοφόρο δεξαμενή, σχηματίζεται ένα μεγάλο λεμφαγγείο, το οποίο διέρχεται το θώρακα και τελικά εκβάλλει στη βάση του λαιμού στην αριστερή υποκλείδια φλέβα (αριστερή φλεβώδης γωνία).

Όλες οι λεμφικές οδοί, καταλήγουν τελικά στο φλεβικό σύστημα της άνω κοίλης φλέβας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ.

Το λεμφικό σύστημα έχει δύο φυσιολογικές αποστολές:

1) Συλλέγει το 10 % περίπου των υγρών και μακρομοριακών ενώσεων και τα μεταφέρει προς το κέντρο και 2) προστατεύει τον οργανισμό με τη δράση των λεμφαδένων.

Το ποσό της λέμφου, που συλλέγεται από την περιφέρεια, εξαρτάται από δύο παράγοντες: τη διήθηση και τη διάχυση.

Η διήθηση, λαμβάνει χώρα ως αποτέλεσμα 1) της υδροδυναμικής διαφοράς πιέσεων μεταξύ τριχοειδών και ιστών, η οποία τείνει να εξαγγειώσει υγρά, και 2) της ωσμωτικής διαφοράς, ιδιαίτερα στο φλεβικό σκέλος, η οποία τείνει να επαναφέρει το υγρό που βρίσκεται έξω από τα αγγεία, στον αγγειακό χώρο.

Η διάχυση παίζει τον κύριο ρόλο στην εξαγγείωση των μοριακών ενώσεων, που περιορίζεται μόνο από το γεγονός, ότι η μεμβράνη εδώ είναι ημιδιαπερατή.

Η ροή της λέμφου εξαρτάται από τέσσερις κυρίως παράγοντες:

1) των βαλβίδων, 2) της συμπίεσης των λεμφαγγείων από τους γύρω ιστούς, 3) των λείων μυϊκών ινών του τοιχώματος των λεμφαγγείων και 4) της αναπνοής.

Η διά του θωρακικού πόρου ροή, ανέρχεται σε 120 ML την ώρα. Έτσι, το σύνολο σχεδόν του πλάσματος, θα διέλθει διά μέσου του λεμφικού συστήματος κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου.

Παράλληλα με τη μεταφορά της λέμφου, το λεμφικό σύστημα, συμβάλλει αποτελεσματικά στην προστασία έναντι των λοιμώξεων, αναχαιτίζει την επέκταση των καρκινωματωδών κυττάρων και είναι ο κύριος τόπος των διαφόρων ανοσολογικών αντιδράσεων με την παραγωγή αντισωμάτων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ'

ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ HODGKIN.

Νόσος HODGKIN, είναι νεόπλασμα ασύνηθες, γιατί τα κακοήθη κύτταρα, αποτελούν μικρό ποσοστό των κυττάρων, ενώ το υπόλοιπο αυτών συνίσταται από ποικίλοντα ποσοστά άλλων φυσιολογικών κυττάρων, όπως λεμφοκυττάρων, ιστιοκυττάρων, πλασματοκυττάρων, ινοβλαστών και ινώδους ιστού.

Τα κακοήθη κύτταρα είναι δύο ειδών:

Τα μονοπύρρηνα κύτταρα HODGKIN και τα πολυπύρρηνα κύτταρα REED-STERBERG (R-S), τα οποία είναι κύτταρα μεγάλου μεγέθους με ηωζινόφιλο πρωτόπλασμα. Οι πυρήνες των κυττάρων R-S περιέχουν ευμέγεθες πυρήνιο. Ενίοτε, τα κύτταρα R-S, είναι πολυπύρρηνα. Παθογνωμονικό της νόσου είναι η ανεύρεση κυττάρων R-S μέσα σε χαρακτηριστικό κυτταρικό υπόστρωμα. Η ανεύρεση μόνο μονοπύρηνων κυττάρων HODGKIN, δεν αρκεί για τη διάγνωση της νόσου.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.

Η συχνότητα της νόσου του HODGKIN, δεν είναι μεγάλη.

Στους λευκούς των ΗΠΑ, η επίπτωση είναι 3,3 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος. Αποτελεί το 1 % περίπου όλων των νεοπλασματικών νόσων. Μελέτες στις ΗΠΑ και στη Βρετανία, έδειξαν αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων κατά τα τελευταία χρόνια.

Η νόσος εμφανίζεται σε όλες τις χώρες με διαφορετική όμως κατανομή κατά ηλικία. Στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, εμφανίζεται μια αύξηση της συχνότητας στην ηλικία των 50 ετών και στη συνέχεια νέα αύξηση στις μεγάλες ηλικίες. Αποτέλεσμα είναι μια δικόρυφη καμπύλη με τις δύο αιχμές, στην ηλικία των 25 και των 65 ετών. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, υπάρχει αυξημένη συχνότητα προσβολής, στην παιδική ηλικία.

Στην Ιαπωνία, υπάρχει μικρότερη επίπτωση νόσου στο γενικό πληθυσμό, ο αριθμός δε των περιπτώσεων στις νέες ηλικίες, είναι σχετικά μικρός ώστε η καμπύλη δεν εμφανίζεται δικόρυφη. Η ενδιαφέρουσα αυτή παρατήρηση δεν έχει ερμηνευτεί. Στην Ελλάδα, σε μελέτη ασθενών, η συχνότητα της νόσου, εμφανίζει δύο κύριες εξάρσεις, στην ηλικία των 25 και των 65 ετών, δηλαδή ομοιότητα με την κατανομή που παρατηρείται σε λαούς ανεπτυγμένων χωρών. Η κατανομή κατά ηλικίες, συνδέεται με σχετική επικράτηση ορισμένων ιστολογικών τύπων. Στις νέες ηλικίες, επικρατεί η οζώδης σκλήρυνση, ενώ στις μεγάλες ηλικίες, η μικτή κυτταρική μορφή. Η σχέση αυτή των ιστολογικών τύπων με την ηλικία, οδήγησε στην υπόθεση κατά την οποία η νόσος εμφανίζεται στις νέες ηλικίες, ως λοιμώδους αιτιολογίας (άγνωστης μέχρι σήμερα), ενώ στα ηλικιωμένα άτομα, αναπτύσσεται όπως τα άλλα κακοήθη νεοπλασμάτα.

Η έρευνα στις διάφορες φυλές, έδειξε αυξημένη συχνότητα της νόσου, στους Εβραίους. Στις ΗΠΑ οι νέγροι νοσοούν λιγότερο συχνά από τους λευκούς, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες. Κατά μια στατιστική έρευνα, η συχνότητα στους λευκούς ήταν 3,1 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους, ενώ στους νέγρους ήταν 2 περιπτώσεις.

Η νόσος του HODGKIN, εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα, στους άρρενες σε σχέση με τους θήλειες. Η διαφορά αυτή είναι πλέον έκδηλη στις νέες ηλικίες. Η υψηλότερη σχέση φύλου αφορά την παιδική ηλικία, όπως και την ηλικία μεταξύ των δύο κορυφών της καμπύλης. Γενικά, η σχέση αρρένων προς θήλειες, είναι 1,45:1. Η ανεύρεση υψηλής συχνότητας νόσου στα υψηλότερα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα και ιδιαίτερα σε άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, προκάλεσε εντεταμένες επιδημιολογικές έρευνες. Οι διαφορές αυτές στην επίπτωση κατά κοινωνικά στρώματα, αφορούν τις νέες κυρίως ηλικίες και χάνονται μετά την ηλικία των 55 ετών.

Αυξημένη συχνότητα της νόσου διαπιστώθηκε σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Ακόμη βρέθηκε αρνητική συσχέτιση επίπτωσης με τον αριθμό των μελών των οικογενειών πασχόντων.

Σχέση της νόσου με διάφορα επαγγέλματα ή διάφορες χημικές ουσίες δεν έχει διαπιστωθεί. Υπήρξαν ενδείξεις ότι άτομα που εργάζονται στη βιομηχανία ξύλου, εμφανίζουν συχνότερα ν. του HODGKIN, τελικά όμως η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε.

Η σχέση της νόσου με λοιμώδεις παράγοντες, ιδιαίτερα στην παιδική και τη νεανική ηλικία, είχε ήδη εντοπισθεί από τις πρώτες περιγραφές της. Υπήρξαν ενδείξεις της σχέσης αυτής που δεν επιβεβαιώθηκαν. Η πλέον ενδιαφέρουσα ένδειξη υπήρξε η ανεύρεση αυξημένης συχνότητας ν. του HODGKIN, σε άτομα που νόσησαν στο παρελθόν από λοιμώδη μονοπυρήνωση. Φαίνεται ότι πραγματικά υπάρχει αυξημένη επίπτωση της νόσου στα άτομα αυτά, δεν αποδείχθηκε όμως άμεση σχέση του ιού EPSTEIN BARR, με τη νόσο, ούτε τροποποίηση της ανοσολογικής απάντησης των νοσούντων από τον ιό, που να προδιαθέτει στην ανάπτυξη κακοήθειας στο λεμφικό σύστημα. Οι έρευνες υπήρξαν αρνητικές για μετάδοση με προσωπική επαφή ή εμφάνιση σε ομάδες ατόμων, όπως π.χ. σε μαθητές σχολείων, όπως είχε υποστηριχθεί.

Η αμυγδαλεκτομή, στην παιδική ηλικία ενοχοποιήθηκε ως αιτιολογικός παράγοντας, η επιδημιολογική όμως μελέτη δεν απέδειξε τη σχέση αυτή. Τα ενδιαφέροντα ευρήματα της επιδημιολογικής έρευνας που αναφέρθηκαν, οδηγούν στην υπόθεση της ανάπτυξης της ν. HODGKIN ως σπάνιας συνέπειας μιάς λοίμωξης, πιθανώς ιογενούς, στην παιδική ηλικία. Τα ανώτερα οικονομικά κοινωνικά στρώματα, είναι πιθανόν να προσφέρουν ένα προστατευμένο περιβάλλον από λοιμώξεις στην παιδική ηλικία, με αποτέλεσμα να μετατίθεται η αυξημένη συχνότητα στη νεαρή ηλικία (20-25 ετών).

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.

Η νόσος του HODGKIN, αποτελεί μια ιδιαιτερότητα, μεταξύ των κακοήθων νεοπλασμάτων, διότι οι διογκωμένοι λεμφαδένες, αποτελούνται από φυσιολογικά στοιχεία, ενώ τα κύτταρα REED-STERNBERG (RS) και οι παραλλαγές τους, που οδηγούν στη διάγνωση, υπάρχουν σε μικρό σχετικά αριθμό. Αν και η παρουσία των κυττάρων αυτών είναι διαγνωστική, δεν είναι όμως παθογνωμική γι' αυτό το νόσημα. Ανάλογα κύτταρα βρίσκονται σε μη HODGKIN λεμφώματα, σε άλλα νεοπλάσματα και σε αντιδραστικές υπερπλασίες λεμφαδένων, όπως στη λοιμώδη μονοπυρήνωση.

Σχετικά με την ταξινόμηση κατά RYE, που εφαρμόζεται από το 1986, διακρίνονται τέσσερις ιστολογικοί τύποι της νόσου. Οι τύποι αυτοί εμφανίζουν διαφορετική πρόγνωση και ως ένα βαθμό προδικάζουν την εκδήλωση των κλινικών χαρακτηριστικών.

Οι ιστολογικοί τύποι είναι οι εξής:

1. Ο λεμφοεπικρατών τύπος, χαρακτηρίζεται από σπανιότητα κυττάρων RS και επικράτηση λεμφοκυττάρων. Απαντά σε νεαρά συνήθως άτομα, με μεγαλύτερη επίπτωση στο άρρεν φύλο, με περιορισμένη νόσο πάνω από το διάφραγμα και χωρίς γενικά συμπτώματα. Η πρόγνωση είναι η πλέον ευνοϊκή από όλες τις μορφές.

2. Η οζώδης σκλήρυνση, χαρακτηρίζεται από τα κύτταρα LACUNAR, είναι συχνότερος σε γυναίκες νέας ηλικίας, εμφανίζεται συνήθως στους κατώτερους τραχηλικού και υπερκλειδίους λεμφαδένες και ιδιαίτερα στο μεσοθωράκιο. Η πρόγνωση θεωρείται ευνοϊκή, ιδίως στην περιορισμένη νόσο, υπάρχουν όμως και ενδείξεις συχνότερης υποτροπής.

3. Ο τύπος της μικτής κυτταροβρίθειας, παρουσιάζει έναν αρκετά μεγάλο αριθμό κυττάρων RS, εμφανίζεται συνηθέστερα σε άνδρες, σε μεγάλες ηλικίες και συνοδεύεται συχνά από γενικευμένη νόσο και γενικά συμπτώματα. Η πρόγνωση του τύπου αυτού, δεν είναι ευνοϊκή,

η έκβαση όμως εξαρτάται και από άλλους προγνωστικούς παράγοντες, όπως η έκταση της νόσου, τα γενικά συμπτώματα, η ηλικία, το φύλο κ.α.

4. Ο λεμφοπενικός τύπος, παρουσιάζει το μεγαλύτερο αριθμό κυττάρων RS σε σύγκριση με τους προηγούμενους τύπους και ελάττωση των λεμφοκυττάρων. Εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες, κατά κανόνα σε μεγάλη ηλικία και συνοδεύεται από κλινικό στάδιο προχωρημένης νόσου συχνά με εξωλεμφικές εντοπίσεις. Η διαπίστωση αυτού του τύπου, θεωρείται επιβαρυντικός προγνωστικός παράγοντας.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι οι διαφορές στην πρόγνωση των ιστολογικών αυτών τύπων έχουν σημαντικά μειωθεί με την εφαρμογή επιτυχημένων προγραμμάτων θεραπείας. Η συχνότητα των τύπων αυτών κατά τον LUKES είναι:

Λεμφοεπικρατών	16 %
Οζώδης σκλήρυνση	35 %
Μικτής κυτταροβρίθειας	33 %
Λεμφοπενικός	16 %

Κλινικές εκδηλώσεις.

Η νόσος εμφανίζεται στους περισσότερους ασθενείς με ασυμπτωματική διόγκωση λεμφαδένων. Σε σημαντικό ποσοστό, η πρώτη διαπίστωση γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος ψηλαφά μια ανώδυνη μάζα, συνήθως στην τραχηλική χώρα και λιγώτερο συχνά σε μια μασχαλιαία ή βουβωνική χώρα. Η πρώτη εντόπιση της νόσου στο μεσοθωράκιο ή στους παραορτικούς λεμφαδένες, δεν προσφέρει δυνατότητα διαπίστωσής τους, παρά μόνο εάν είναι ογκώδης. Συχνά η διαπίστωση νόσου του μεσοθωρακίου, γίνεται σε τυχαία ακτινογραφία θώρακος και είναι δυνατό να συνοδεύεται από τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, που δεν είχε γίνει προηγουμένως αντιληπτή. Ογκώδης νόσος του μεσοθωρα-

κίου, συνοδεύεται συχνά από πολλαπλές εντοπίσεις πάνω από το διάφραγμα και δεν είναι σπάνιο να προσβάλλει κατ' επέκταση τους πνεύμονες, περικάρδιο και υπεζωκότα.

Η προσβολή της αριστεράς τραχηλικής χώρας είναι συχνότερη από της δεξιάς και είναι δυνατό να επεκταθεί στους παραορτικούς λεμφαδένες συχνά χωρίς ενδιάμεση προσβολή του μεσοθωρακίου όπως αναμένεται.

Η αρχική εντόπιση της νόσου έχει στενή σχέση με τον ιστολογικό τύπο. Η εμφάνιση των εκδηλώσεων που αναφέρθηκαν προηγουμένως, αφορά συνήθως ασθενείς ηλικίας 15-35 ετών με τον λεμφοεπικρατούντα ιστολογικό τύπο ή την οζώδη σκλήρυνση. Η περαιτέρω διερεύνηση των συμπτωματικών ασθενών, είναι δυνατόν να αποδείξει ύπαρξη της νόσου και σε άλλες περιοχές. Έτσι, μπορεί να διαπιστωθεί προσβολή των παραορτικών λεμφαδένων με τη λεμφαγγειογραφία των κάτω άκρων και την αξονική τομογραφία ή προσβολή του σπληνός και του ήπατος με απεικονιστικές μεθόδους και με την ερευνητική λαπαροτομία.

Ο χρόνος από την πρώτη εμφάνιση της λεμφαδενοπάθειας μέχρι τη διάγνωση, κυμαίνεται και δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί πάντοτε με ακρίβεια. Υπάρχουν ασθενείς που υποστηρίζουν ότι για μακρό χρόνο, παρατήρησαν αυξομειώσεις στη διόγκωση των λεμφαδένων. Συνήθως, παρεμβάλλονται εβδομάδες ή μήνες ανάμεσα στην πρώτη διαπίστωση και τη βιοψία.

Σε αντίθεση με τα προηγούμενα, μία ομάδα ασθενών, παρουσιάζει ως πρώτες εκδηλώσεις γενικά συμπτώματα, όπως πυρετό επίμονο, συχνά με κύματα απυρεξίας, νυχτερινούς ιδρώτες και στη συνέχεια απώλεια βάρους και κόπωση. Οι ασθενείς αυτοί, είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας (>50) και συχνότερα άνδρες. Συχνά, διαπιστώνεται εντόπιση της νόσου κάτω από το διάφραγμα ή πλέον εκτεταμένη. Λιγότερα συχνά τα συμπτώματα αυτά δεν συνοδεύονται από λεμφαδενοπάθεια. Η έρευνα

με απεικονιστικές μεθόδους, βιοψίες οργάνων και ερευνητική λαπαροτομία, αποδεικνύει την ύπαρξη της νόσου του HODGKIN. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν κατά κανόνα στον μικτό ή στο λεμφοπενικό ιστολογικό τύπο. Η προσβολή αγγείων που παρατηρείται συνήθως στη λεμφοπενική μορφή, είναι υπεύθυνη για τη διασπορά σε εξωλεμφικά όργανα και ιστούς.

Κνησμός, είναι δυνατό να συνοδεύει έναν αριθμό περιπτώσεων που συνήθως επιδεινώνεται με την πρόοδο της νόσου.

Σπάνια, μετά τη λήψη αλκοολούχου ποτού, εμφανίζεται πόνος στους διογκωμένους λεμφαδένες. Το εύρημα αυτό δεν είναι διαγνωστικό και δεν έχει ερμηνευτεί.

Προσβολή του σπληνός παρατηρείται κυρίως όταν η νόσος εντοπίζεται πάνω και κάτω από το διάφραγμα ή όταν υπάρχουν γενικά συμπτώματα και ιδιαίτερα στο μικτό και λεμφοπενικό τύπο. Προσβολή σπληνός που συνοδεύει λεμφαδενοπάθεια, μόνο που πάνω από το διάφραγμα παρατηρείται σε μικρό ποσοστό περιπτώσεων και κυρίως στην παιδική ηλικία.

Προσβολή του ήπατος υπάρχει σπάνια στο αρχικό στάδιο. Συνοδεύεται κατά κανόνα από προσβολή σπληνός.

Πορεία της νόσου.

Η κλινική πορεία της νόσου του HODGKIN, δεν είναι ομοιόμορφη. Το σύνολο σχεδόν των ασθενών υποβάλλεται σε θεραπεία, με αποτέλεσμα σε μεγάλη συχνότητα, τη μακρά επιβίωση και σε ικανό ποσοστό την ίαση. Η θεραπεία αυτή είναι δυνατό να προκαλέσει επιπλοκές που δεν είναι πάντοτε εύκολο να διαχωρισθούν από τις εκδηλώσεις της ίδιας της νόσου. Οι ασθενείς, με την αρχικά ευνοϊκή πρόγνωση, παρουσιάζουν με την πρόοδο της νόσου επέκταση σε εξωλεμφικά όργανα και στους ιστούς με ποικιλία εκδηλώσεων ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης.

Οι διογκωμένοι λεμφαδένες, είναι δυνατό, να προκαλέσουν πίεση στους παρακείμενους ιστούς με ανάλογες εκδηλώσεις. Ο σπλήν, προσβάλλεται στο 30 % περίπου των περιπτώσεων αρχικής νόσου, όπως διαπιστώθηκε με την ερευνητική λαπαροτομία. Το ποσοστό αυτό αυξάνει σε 80 % στην προχωρημένη νόσο.

Το ήπαρ, προσβάλλεται σε μικρό ποσοστό (2-6 %) στην αρχική νόσο ενώ στα προχωρημένα στάδια το ποσοστό αυτό ανέρχεται σημαντικά. Η προσβολή του ήπατος, συνοδεύεται κατά κανόνα από προηγούμενη του σπληνός.

Διαταραχές της αιμοποίησης διαπιστώνεται συχνά κατά την πορεία της νόσου. Ορισμένες υπάρχουν από τα αρχικά στάδια και επιδεινώνονται στα προχωρημένα.

Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία εμφανίζουν συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες από το αιμοποιητικό σύστημα και θα πρέπει να διακριθούν από τις οφειλόμενες στη νόσο.

Αναιμία μέτριας βαρύτητας, εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο που συχνά συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα. Στους ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία, υπάρχει συνήθως μια μέτρια, σπανιότερη έντονη, ουδετεροφιλία και θρομβοκυττάρωση. Το εύρημα αυτό θεωρείται χαρακτηριστικό της ενεργού, συμπτωματικής νόσου.

Απόλυτη λεμφοπενία πριν από τη θεραπεία, διαπιστώνεται σε μικρό ποσοστό ασθενών και θεωρήθηκε κακό προγνωστικό σημείο.

Η ουδετεροπενία, είτε είναι αποτέλεσμα θεραπείας, είτε κατάληψης του μυελού είτε υπερσπληνισμού, συμβάλλει στην ευαισθησία των ασθενών σε λοιμώξεις.

Η θρομβοπενία, οποιασδήποτε αιτιολογίας, δεν προκαλεί ιδιαίτερα επικίνδυνη αιμορραγική διάθεση.

Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, είναι κατά κανόνα αυξημένη σε ενεργό νόσο και συχνά είναι η μόνη ένδειξη ανεπαρκούς θεραπείας ή υποτροπής.

Η επέκταση της νόσου στα οστά, εμφανίζεται συνήθως με οστεοβλαστικές, (σπανιότερα οστεολυτικές ή μικτές αλλοιώσεις. Οι βλάβες αυτές, προκαλούν πόνο και σπάνια κατάγματα.

Η συχνότερη εκδήλωση της προσβολής του κεντρικού νευρικού συστήματος, είναι η πίεση του νωτιαίου μυελού από οστική βλάβη ή από παρασπονδυλική μάζα. Προκαλεί τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα με αιμωδίες, αδυναμία και αστάθεια των κάτω άκρων ή διαταραχές λειτουργίας του εντέρου και της κύστης. Αποτελεί σοβαρό και επείγον διαγνωστικό πρόβλημα που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί ταχύτατα πριν εγκατασταθούν μόνιμες αλλοιώσεις.

Πίεση της άνω κοίλης φλεβός από μάζα μεσοθωρακίου, προκαλεί μεσαυλικό σύνδρομο.

Εκδηλώσεις από τους πνεύμονες είναι συχνές στη νόσο του HODGKIN και αποτελούν συχνά διαγνωστικό πρόβλημα. Στην ακτινογραφία θώρακος, διαπιστώνονται διηθήσεις γραμμοειδείς ή οζώδεις, τοπικές ή διάχυτες, που επιδεινώνονται με τη πρόοδο της νόσου.

Λοιμώξεις εμφανίζουν ουσιαστικά όλοι οι ασθενείς στην πορεία της νόσου και ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια. Η συχνότητα και η βαρύτητα αυξάνει με την εφαρμογή θεραπείας με κυτταροτοξικά φάρμακα και με κορτικοειδή. Η φυματίωση υπήρξε η συνήθης λοίμωξη που συνόδευε τη νόσο του HODGKIN. Βακτηριακές λοιμώξεις απαντούν συχνά και είναι ευαίσθητες στη θεραπεία με αντιβιοτικά. Άλλοι μικροοργανισμοί, προκαλούν ευκαιριακές λοιμώξεις. Ο έρπης ζωστήρ, ο οποίος συνοδεύει και τα μη HODGKIN λεμφώματα ή άλλα νεοπλασματικά νοσήματα, εμφανίζεται εδώ με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα, μέχρι 30 % ακόμη και σε αρχικά στάδια.

Κύριοι ευνοϊκοί παράγοντες για την ανάπτυξη λοιμώξεων, είναι οι διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού, η τοξικότητα της χημειοθεραπείας και η σπληνεκτομή.

Κατά την πορεία της νόσου, ουσιαστικά όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρά γενικά συμπτώματα, όπως υψηλό πυρετό, βασανιστικούς νυχτερινούς ιδρώτες, κακουχία, κόπωση και απώλεια βάρους.

Τραχηλικοί λεμφαδένες	50-70 %
Λεμφαδένες μεσοθωρακίου	50-60 %
Παραορτικοί λεμφαδένες	30-40 %
Σπλήν	30-35 %
Μασχαλιαίοι λεμφαδένες	25-35 %
Λαγόνιοι λεμφαδένες	10-20 %
Βουβωνικοί λεμφαδένες	8-15 %
Ήπαρ	8-10 %
Μυελός των οστών	2-6 %
Άλλες εξωλεμφικές εντοπίσεις	1-4 %

Σταδιοποίηση της νόσου.

Η επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης της νόσου του HODGKIN, στηρίζεται κυρίως στον καθορισμό της έκτασής της. Η διαπίστωση της στενής σχέσης της διασποράς με την απάντηση στη θεραπεία, προκάλεσε την προσπάθεια ταξινόμησης κατά στάδια. Η σταδιοποίηση κάθε περίπτωσης πριν από την εφαρμογή θεραπείας είναι καθοριστική για την επιλογή των θεραπευτικών χειρισμών με στόχο την επίτευξη των πλέον ευνοϊκών αποτελεσμάτων.

Η ταξινόμηση κατά στάδια, έγινε αρχικά το 1950 από την PETERS και κατέληξε τελικά στη σταδιοποίηση κατά ANN ARBOR το 1970, που ακολουθείται μέχρι σήμερα.

Ταξινόμηση σταδίων κατά ANN ARBOR :

Στάδιο I : Προσβολή μιας λεμφαδενικής περιοχής ή μία εξωλεμφική εντόπιση (IE).

Στάδιο II: Προσβολή δύο ή περισσότερων λεμφαδενικών περιοχών στην

ίδια πλευρά του διαφράγματος ή μία εξωλεμφική εντόπιση (IIE) με μία ή περισσότερες λεμφαδενικές περιοχές, στην ίδια πλευρά του διαφράγματος.

Στάδιο III: Προσβολή λεμφαδένων και στις δύο πλευρές του διαφράγματος, που είναι δυνατό να συνοδεύεται από μία εξωλεμφική εντόπιση (IIIE) ή προσβολή σπληνός (IIIS) ή και τα δύο (IIISE).

Στάδιο IV : Διάχυτη προσβολή εξωλεμφικών οργάνων με ή χωρίς προσβολή λεμφαδένων.

Εντόπιση διαπιστωμένη με βιοψία, χαρακτηρίζεται ως:
M=μυελός, H=ήπαρ, L=πνεύμων, P=υπεζωκώς, O=οστά και
D=δέρμα

Τα τέσσερα στάδια, χαρακτηρίζονται ως A, όταν συνοδεύονται από γενικά φαινόμενα και B όταν τη νόσο συνοδεύουν πυρετός, νυχτερινοί ιδρώτες και απώλεια βάρους.

Η συμβολή δύο τεχνικών μεθόδων στην προσπάθεια ταξινόμησης κατά στάδια, της λεμφαγγειογραφίας των κάτω άκρων και της λαπαροτομίας ήταν ουσιαστική. Οι πληροφορίες για την έκταση της νόσου που προσέφεραν οι δύο διαγνωστικές μέθοδοι ήταν πολύτιμες.

Μία σημαντική συμβολή της ταξινόμησης κατά ANN ARBOR, ήταν η προσθήκη της ένδειξης E, η οποία σημαίνει εντοπισμένη εξωλεμφική προσβολή, στα στάδια I, II, III. Τα κύρια μειονεκτήματα της ταξινόμησης κατά ANN ARBOR, είναι η απουσία στοιχείων για ογκώδη νόσο και για το διαχωρισμό του σταδίου III σε III₁ και III₂.

Η σταδιοποίηση καθορίζεται ως κλινική ή παθολογοανατομική.

Κλινική σταδιοποίηση.

Ιστορικό της νόσου

Κλινική εξέταση

Βιοψία λεμφαδένοσ

Εργαστηριακές εξετάσεις: πλήρης αιματολογική εξέταση, καθίζηση

ερυθρών αιμοσφαιρίων, λειτουργικές δοκιμασίες ήπατος και νεφρών, ουρικό οξύ ορού.

Ακτινογραφίες θώρακος

Λεμφαγγειογραφία

Αξονική τομογραφία

Παθολογοανατομική σταδιοποίηση.

Λαπαροτομία σταδιοποίησης με σπληνεκτομή και βιοψίες

Θωρακοτομή με βιοψίες

Βιοψία εξωλεμφικών εντοπίσεων

Επλεκτικές μέθοδοι επί ειδικών ενδείξεων

Εργαστηρικές εξετάσεις: Δοκιμασία COOMBS, λευκώματα ορού, προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών.

Τομογραφίες μεσοθωρακίου και θώρακος

Ενδοφλέβιος πυελογραφία

Ακτινολογικός έλεγχος πεπτικού συστήματος

Ακτινογραφίες σκελετού

Σπινθηρογράφημα ήπατος - σπληνός

Σπινθηρογράφημα οστών

Υπερηχοτομογραφία

Έλεγχος ανοσολογικού μηχανισμού.

Στην ακτινογραφία θώρακος, διαπιστώνεται η ύπαρξη διογκώσεως του μεσοθωρακίου, των παράπυλαίων λεμφαδένων, πνευμονικών διηθήσεων και καθορίζεται αν η εντόπιση θεωρείται ογκώδης. Σε προβληματικές περιπτώσεις εντόπισης στα όργανα του θώρακος η αξονική τομογραφία είναι δυνατό να συμβάλει στη διαγνωστική προσέγγιση.

Η λεμφαγγειογραφία των κάτω άκρων, εξακολουθεί, παρά τη χρησιμοποίηση νεωτέρων απεικονιστικών μεθόδων, να προσφέρει πολύτιμη διαγνωστική βοήθεια. Απεικονίζει και λεμφαδένες μικρού μεγέθους αλλά κυρίως την υφή των κατειλημμένων λεμφαδένων με τη μορφή κενοτοπίων. Η χαρακτηριστική εικόνα κατάληψης από τη νόσο προσφέρεται μόνο με αυτή τη τεχνική. Το κύριο μειονέκτημα της λεμφαγγειογραφίας, είναι ο περιορισμός της απεικόνισης στους παραορτικούς λεμφαδένες μέχρι το ύψος του O_2 . Αντενδείξεις για τη διενέργεια της λεμφαγγειογραφίας, αποτελούν, η μεγάλη ηλικία, οι πνευμονικές παθήσεις και η ευαισθησία στα σκιαγραφικά υλικά.

Η αξονική τομογραφία προσέφερε πολύτιμες πληροφορίες για περιοχές που δεν απεικονίζονται με τη λεμφαγγειογραφία, όπως οι λεμφαδένες του μεσεντερίου, της πύλης του σπληνός και του ήπατος και οι ανώτεροι παραορτικοί. Στην αξονική τομογραφία, λεμφαδένες διαμέτρου < 1 εκ. δεν διαγράφονται.

Η προσβολή του μυελού, σπάνια διαπιστώνεται μόνο με την παρακέντηση.

Η λαπαροτομία σταδιοποιήσεως, δεν γίνεται σήμερα στην έκταση που εφαρμόστηκε στην αρχική φάση της εισαγωγής της. Προσέφερε πολύτιμες πληροφορίες για την εντόπιση κάτω από το διάφραγμα, ιδιαίτερα για την προσβολή του σπληνός. Κατά κανόνα, γίνεται όταν η απόφαση για την εκλογή του είδους της θεραπείας, δηλαδή μεταξύ ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας, στηρίζεται στην ανεύρεση επέκτασης της νόσου κάτω από το διάφραγμα.

Η σταδιοποίηση στα παιδιά, γίνεται όπως και στους ενήλικες. Η σπληνεκτομή, αντεδεικνύεται στην ηλικία κάτω των 5 ετών, αλλά και για τα μεγαλύτερα παιδιά, θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ο κίνδυνος των λοιμώξεων μετά την σπληνεκτομή.

Στην περίπτωση κύησης, η σταδιοποίηση με μεθόδους που είναι δυνατό να προκαλέσουν βλάβη του εμβρύου, όπως η αξονική τομογραφία,

η λεμφαγειογραφία και οι ισοτοπικές μέθοδοι, αντεδεικνύονται ιδιαίτερα τις πρώτες 20 εβδομάδες.

Τα γενικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τα στάδια ως Β είναι: 1) ο πυρετός $> 38^{\circ}$ τουλάχιστο επί 3 ημέρες, 2) οι νυχτερινοί ιδρώτες και 3) η απώλεια βάρους $> 10\%$ του βάρους του σώματος τους τελευταίους 6 μήνες.

Ο κνησμός, όταν υπάρχει, χωρίς τα προηγούμενα, δεν χαρακτηρίζει το στάδιο ως Β.

Ο καθορισμός της έκτασης της νόσου, γίνεται στην πρώτη εξέταση του ασθενούς για την επιλογή του είδους της θεραπείας και επαναλαμβάνεται (επανασταδιοποίηση), μετά από το τέλος της θεραπείας για τον έλεγχο της απάντησης, όπως και σε ενδείξεις υποτροπής. Στη σταδιοποίηση της υποτροπής το στάδιο δεν είναι δυνατό να είναι μικρότερο από το αρχικό.

Θεραπεία.

Η πρόοδος στη θεραπεία της νόσου του HODGKIN, στηρίχτηκε στη συστηματική σταδιοποίηση, στις νέες τεχνικές ακτινοθεραπείας και στην εισαγωγή της χημιοθεραπείας.

Το αποτέλεσμα της θεραπείας ελέγχεται με τη διαπίστωση εξαφάνισης ή σμίκρυνσης των αρχικών βλαβών. Ορίζεται ως πλήρης ύφεση (Π.Υ) η εξαφάνιση όλων των βλαβών με επανασταδιοποίηση και ως μερική ύφεση (Μ.Υ) η μείωση του μεγέθους των βλαβών σε ποσοστό $> 50\%$.

Ακτινοθεραπεία: Χρησιμοποιήθηκε επί μακρό χρόνο ως μονη θεραπεία της νόσου του HODGKIN. Αν και η επιτυχία ήταν θεαματική, έγινε γρήγορα κατανοητό, ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών υποτροπίαζαν. Η πρόοδος στην τεχνολογία, προσέφερε βελτιωμένο εξοπλισμό, αλλά και νέες τεχνικές, ώστε όταν αυτά συνδυάζονται με ικανοποιητική

πείρα του προσωπικού, έχουν ως αποτέλεσμα την πλέον ευνοϊκή απάντηση στην επιβίωση και το ελεύθερο νόσου διάστημα, σε επιλεγμένους ασθενείς. Η ακτινοθεραπεία, ανάλογα με την εντόπιση και την έκταση της νόσου, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί με τους εξής τρόπους:

1) της προσβεβλημένης περιοχής, 2) των λεμφαδενικών περιοχών, πάνω από το διάφραγμα σε σχήμα μανδύα (MANTLE), που περιλαμβάνει τραχηλικές, μασχαλιαίες χώρες και το μεσοθωράκιο, 3) των λεμφαδενικών περιοχών κάτω από το διάφραγμα σε σχήμα ανεστραμμένου Υ, που περιλαμβάνει τους παραορτικούς, λαγόνιους και βουβωνικούς λεμφαδένες και την πύλη του σπληνός και 4) συνδυασμό μανδύα και ανεστραμμένου Υ, που περιλαμβάνει τους παραορτικούς, λαγόνιους και βουβωνικούς λεμφαδένες και την πύλη του σπληνός και 4) συνδυασμό μανδύα και ανεστραμμένου Υ.

Συχνά χρησιμοποιείται ο συνδυασμός μανδύα με ακτινοβολία των παραορτικών λεμφαδένων και της πύλης του σπληνός.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας σε λεμφαδενικές περιοχές που φαινομενικά δεν έχουν προσβληθεί από τη νόσο, στηρίζεται στη γνώση του τρόπου επέκτασης και στην αδυναμία των διαγνωστικών τεχνικών να διαπιστώσουν εντοπίσεις μικρής επέκτασης.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας, περιλαμβάνουν: Ξηρότητα του στόματος και δυσφαγία στην εφαρμογή μανδύα, ναυτία, εμέτους και διάρροιες στην εφαρμογή ανεστραμμένου Υ και υποθυρεοειδισμό σε 5 % περίπου των περιπτώσεων. Η μετακτινική πνευμονίτις, είναι αρκετά συχνή, μόνο όμως ένα ποσοστό 10 % των ασθενών που τη παρουσιάζουν, εμφανίζει συμπτώματα (βήχα, δύσπνοια, πυρετό). Η μετακτινική περικαρδίτις, δεν είναι συχνή (6 %) και υποχωρεί συνήθως, χωρίς υπολείμματα, σπάνια όμως καταλήγει σε συσφιγκτική περικαρδίτιδα. Η απότομη διακοπή των κορτικοειδών του σχήματος MOPP μετά από ακτινοβολία του μεσοθωρακίου, διαπιστώθηκε ότι είναι η αιτία εμφάνισης των επιπλοκών αυτών και συνιστάται η αποφυγή τους

στις περιπτώσεις αυτές. Με τις νεότερες τεχνικές προσεγγίσεως των πεδίων των πνευμόνων και της καρδιάς, η πνευμονίτις και η περικαρδίτις, είναι πλέον σπάνιες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας. Η τοξική βλάβη στο αιμοποιητικό σύστημα, που διαπιστώνεται με λευκοπενία και η θρομβοπενία προς το τέλος της θεραπείας, είναι συνήθως καλά ανεκτή και δυνατό να απαιτήσει προσωρινή διακοπή της θεραπείας.

Υποτροπή της νόσου, δηλαδή επανεμφάνιση μετά πλήρη ύφεση, εμφανίζεται συνήθως στα πρώτα 2-3 χρόνια, μετά το τέλος της αρχικής ακτινοθεραπείας.

Σε περιπτώσεις που υποβλήθηκαν σε ανεπαρκή, από άποψη έκτασης, ακτινοβολία, η υποτροπή εντοπίζεται στις γειτονικές λεμφαδενικές περιοχές. Υποτροπή σε απομακρυσμένες περιοχές, αντικατοπτρίζει συχνά την ανεπάρκεια των διαγνωστικών μεθόδων, να ανιχνεύσουν ελάχιστη νόσο κατά την αρχική σταδιοποίηση. Σε ήδη ακτινοβοληθείσες περιοχές, η υποτροπή είναι σπάνια, εφ' όσον έχει εφαρμοσθεί ορθά η ακτινοθεραπεία, η εμφάνιση όμως υποτροπής στα όρια των πεδίων ακτινοβολίας ή αμέσως έξω από αυτά, είναι συχνότερη σε ποσοστό 15-25 %.

Χημειοθεραπεία.

Η σημαντική πρόδος που έγινε στη θεραπεία της ν. του HODGKIN και του καρκίνου γενικότερα, υπήρξε ο σχεδιασμός συνδυασμού φαρμάκων που πρόσφεραν υψηλά ποσοστά ευνοϊκών αποτελεσμάτων.

Ο σχεδιασμός αυτός, βασίστηκε στη χρησιμοποίηση φαρμάκων που η αποτελεσματικότητά τους, ήταν γνωστή στη ν. HODGKIN, είχαν διαφορετικό μηχανισμό δράσης, δόθηκαν σε πλήρεις θεραπευτικές δόσεις σε διαστήματα που επέτρεπαν την ανάπλαση του μυελού των οστών, η δε εφαρμογή τους συνεχίστηκε και μετά την επίτευξη της πλήρους ύφεσης, για σύντομο χρονικό διάστημα.

Ο πλέον επιτυχημένος συνδυασμός που εφαρμόσθηκε και χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα, είναι το σχήμα MOPP, που περιλαμβάνει τα εξής φάρμακα:

Μεχλωρεθαμίνη	M	6 MG/M ²	ι.ν	ημέρες	1 και 8
Βινκριστίνη	O	1,4MG/M ²	ι.ν		1 8
Προκαρβαζίνη	P	100 MG/M ²	ρο		1 ως 14
Πρεδνιζόνη	P	40 MG/M ²	ρο		1 ως 14 κατά τον 1ο και 4ο κύκλο.

Επανάληψη ανά 4 εβδομάδες.

Ο ελάχιστος αριθμός κύκλων είναι 6. Τα αποτελέσματα εφαρμογής του σχήματος αυτού που χρησιμοποιείται περισσότερο από 20 χρόνια είναι: 80 % πλήρης ύφεση σε προχωρημένα στάδια (III και IV) με ελεύθερο νόσου διάστημα στη 10ετία 68 % των πλήρων υφέσεων. Ασυμπτωματικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα ποσοστά ΠΥ και επιβίωσης σε σύγκριση με αυτούς που είχαν Β συμπτώματα. Προηγούμενη χημειοθεραπεία με ένα από τα φάρμακα που περιέχει το MOPP επηρέαζε αρνητικά την απάντηση, ενώ δεν συνέβαινε αυτό σε υποτροπή μετά ακτινοθεραπεία, όπου το MOPP είχε θεαματικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς που δεν υποτροπίασαν 4 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας, οπότε οι υποτροπές μειώνονται σημαντικά, έχουν μεγάλη πιθανότητα ίασης.

Κατά τη χορήγηση του σχήματος MOPP, κατ'επέκταση και των άλλων σχημάτων πολυχημειοθεραπείας, ακολουθούνται ορισμένοι κανόνες. Οι δόσεις θα πρέπει να δίνονται όσο το δυνατό πληρέως και τα μεσοδιαστήματα να τηρούνται όπως στις οδηγίες.

Συχνά, είναι ανάγκη να μειώνονται οι δόσεις ανάλογα με τη βαρύτητα της μυελοτοξικότητας ή να παρατείνονται τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των ώσεων. Η μείωση των δόσεων κατά τη χορήγηση του MOPP έχει ως εξής:

Αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων	Αριθ. αιμοπεταλίων	Ρύθμιση δόσης
> 4.000	> 100.000	100 % όλων των φαρμάκων
3.000-4.000	> 100.000	100 % Βινκριστίνη 50 % μεχλωρεθαμίνη και προκαρβαζίνη
2.000-3.000	> 50.000-100.000	100 % Βινκριστίνη 25 % μεχλωρεθαμίνη και προκαρβαζίνη
1.000-2.000	> 50.000	50 % Βινκριστίνη 25 % μεχλωρεθαμίνη και προκαρβαζίνη
< 1.000	< 50.000	Αναβολή θεραπείας

Ο ελάχιστος αριθμός των 6 κύκλων είναι ανεπαρκής για ορισμένες περιπτώσεις. Επανασταδιοποίηση γίνεται μετά τους 6 κύκλους και σε ασθενείς που δεν είχαν πλήρη ύφεση χορηγούνται συνολικά 9 κύκλοι, όπως και σε ασθενείς με κακούς προγνωστικούς παράγοντες. Σε σημαντικές παρεκτροπές της θεραπείας που αφορούν τις δόσεις των φαρμάκων ή και τη διάρκεια των διαστημάτων μεταξύ των ώσεων, συνιστάται η συνέχιση της θεραπείας μετά τους 6 κύκλους.

— Η τοξικότητα του σχήματος MOPP περιλαμβάνει ναυτία, εμέτους, περιφερική νευροπάθεια που οφείλεται στην Βινκριστίνη και αλωπεκία. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η μυελοτοξικότητα, Η απώτερη τοξικότητα που οφείλεται κύριως στην προκαρβαζίνη και τη μεχλωρεθαμίνη είναι η καρκινογένεση που εμφανίζεται συνήθως ως οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία ή μη HODGKIN λέμφωμα. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει όταν το MOPP έχει συνδυασθεί με εκτεταμένη ακτινοβολία. Η βλάβη των γονάδων είναι η άλλη σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Αζωοσπερμία, εμφανίζεται σε 80 % περίπου των ασθενών που αντιμετώπισθηκαν με MOPP και είναι συνήθως μόνιμη. Στις γυναίκες, η βλάβη

αποτελεσματικότητα στις αυθεντικές περιπτώσεις της νόσου στο MOPP, κατέληξε στο σχήμα ABVD, που εφαρμόστηκε από την ομάδα του BONADONNA το 1973. Το σχήμα ABVD έχει ως εξής:

Φάρμακα	Δόση	Ημέρες χορήγησης	Συχνότητα
A Δοξορουβουκίνη	25 ιν	1 και 15	ανά 28 ημ.
B Μπλεομυκίνη	10 ι.ν.	1 και 15	
V Βιμπλαστίνη	6 ι.ν.	1 και 15	
D Ντακαρβαζίνη	375 ι.ν.	1 και 15	

Τα αποτελέσματα εφαρμογής 6 κύκλων του σχήματος ABVD έδειξαν: μη διασταυρούμενη ανθεκτικότητα έναντι του MOPP, ποσοστό ΠΥ σχεδόν το ίδιο με το MOPP και διάρκεια ΠΥ μεγαλύτερη στο οξώδη σκληρυντικό τύπο. Σε περιπτώσεις μετά από αποτυχία του MOPP τα ποσοστά ΠΥ ήταν 60 %. Υπήρξαν ενδείξεις ότι το ABVD είχε μικρότερη καρκινογόνο δράση.

Το επόμενο βήμα, στην πρόοδο της χημειοθεραπείας στα προχωρημένα στάδια της ν. του HODGKIN, υπήρξε η εναλλασσόμενη χορήγηση του MOPP και του ABVD ανά μήνα.

Η σύγκριση του εναλλασσόμενου σχήματος MOPP - ABVD προς το MOPP, έγινε σε αρχική μελέτη με χορήγηση 12 κύκλων θεραπείας. Τα αποτελέσματα υπήρξαν εντυπωσιακά. Οι διαφορές ήταν σημαντικές στην επίτευξη Π.Υ (91 % προς 74 %) αιόμη και σε ηλικίες \rightarrow 40 ετών και με συμπτώματα, στο ελεύθερονόσου διάστημα σε 5 χρόνια (82 % προς 49 %) και στην επιβίωση σε 5 χρόνια (86 % προς 67 %).

Η αντιμετώπιση της ν. του HODGKIN με το συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας είναι αρκετά συχνή. Προγραμματισμένες κλινικές μελέτες έχουν γίνει για προχωρημένα στάδια της νόσου που αντιμετωπίστηκαν σε συνδυασμό MOPP ή άλλων σχημάτων και ακτινοθεραπείας, τα οποία δεν έδειξαν σαφή υπεροχή έναντι της χημειοθεραπείας.

Στα πρώτα στάδια της νόσου, η συνδυασμένη ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, χρησιμοποιήθηκε, κυρίως, όταν συνυπήρχαν μη ευνοϊκοί προφνωστικοί παράγοντες, όπου αναμένεται πενιχρή απάντηση στην χημειοθεραπεία.

Θα πρέπει να τονισθεί, ότι δεν υπάρχει συνέργεια ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας κατά την εφαρμογή στα πρώτα στάδια. Η χημειοθεραπεία εξισορροπεί τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας, που είναι το αποτέλεσμα περιορισμένης σταδιοποίησης, τα μεγάλα πεδία ακτινοβολίας και ορισμένες εκδηλώσεις που δύσκολα αντιμετωπίζονται μόνο με ακτινοβολία.

Θεραπεία διάσωσης: Υποτροπή μετά ακτινοθεραπεία: 20-40 % των ασθενών με στάδια I και II που αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία, υποτροπιάζουν στα 3 πρώτα χρόνια. Έχει αποδειχθεί ότι η προηγούμενη αυτή θεραπεία, δεν επηρεάζει την απάντηση στη χημειοθεραπεία.

Τα αποτελέσματα είναι ευνοϊκά και επιτυγχάνονται υψηλά ποσοστά ΠΥ (75-92 %) διάρκειας ΠΥ και επιβίωσης (54-77 %) στην πενταετία, με υπεροχή του σχήματος ABVD έναντι MOPP.

Υποτροπή μετά θεραπείας με MOPP: Ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπή, σε διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους, είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν για δεύτερη φορά με MOPP με επιτυχία. Σε περίπτωση όμως διάρκειας της ΠΥ μεκρότερης του ενός έτους, θα πρέπει να εφαρμοσθεί άλλο χημειοθεραπευτικό σχήμα, χωρίς διασταρωμένη αντίσταση προς το

MOPP π.χ. ABVD. Αποτυχία χημειοθεραπείας: Σε περιπτώσεις αποτυχίας με το σχήμα MOPP, εφαρμόζονται σχήματα με μη διασταυρούμενη αντίσταση. Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης, χρησιμοποιούνται ως τρίτη σειρά θεραπείας σχήματα με φάρμακα που δεν χορηγήθηκαν προηγουμένως όπως το CEP (λομουστίνη, ετοποσίδη πρεδνιμουστίνη) ή το CAD (λομουστίνη, μελφαλάνη, βιντεζίνη). Με το CEP, επιτυγχάνεται ΠΥ σε 32 % των περιπτώσεων σε μέση διάρκεια 10 μήνες και ΜΥ σε 22 % με μέση διάρκεια 8 μήνες. Τέλος, σε ασθενείς που υποτροπιάζουν έχει

εφαρμοσθεί χημειοθεραπεία, με μεγάλες δόσεις φαρμάκων, σε συνδυασμό με αυτομεταμόσχευση μυελού οστών, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Αντιμετώπιση επιπλοκών και ειδικών καταστάσεων.

Πίεση της άνω κοίλης φλέβας:

Πρόκειται για επείγουσα κατάσταση με εκδήλωση το μεσαυλικό σύνδρομο, που αντιμετωπίζεται αρχικά με περιορισμένο αριθμό ώσεων χημειοθεραπείας (MOPP ή ABVD ή προτιμώτερο συνδυασμό αυτών) και στη συνέχεια με τοπική ακτινοβολία του μεσοθωρακίου.

Συλλογή πλευριτικού υγρού: Είναι αρκετά συχνή εκδήλωση και αντιμετωπίζεται με γενικευμένη χημειοθεραπεία και σε παραμονή του υγρού με τοπικές ενσταλάξεις μεχλωρεθαμίνης ή μπλεομυκίνης ή δοξορουβικίνης.

Πίεση του νωτιαίου μυελού:

Η σπάνια αυτή εκδήλωση της Ν. του HODGKIN, αντιμετωπίζεται με πεταλεκτομή που ακολουθείται αμέσως από τοπική ακτινοθεραπεία και χορήγηση κορτικοστεροειδών, Ο κύριος γνώμονας για την εκλογή των θεραπευτικών μέσων, είναι ο χρόνος και ο τρόπος ενάρξεως των εκδηλώσεων.

Λοιμώξεις:

Οι λοιμώξεις στην Ν. του HODGKIN, εξακολουθούν να είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου.

Η κοκκιοπενία, είναι ο κυριώτερος παράγοντας που προδιαθέτει στην ανάπτυξή τους. Ο πυρετός, βέβαια, είναι μια από τις συνήθεις εκδηλώσεις της νόσου, θα πρέπει όμως να γίνεται λεπτομερής έρευνα για τη διαπίστωση λοίμωξης και του παθογόνου αιτίου.

Οι συνηθέστερες εστίες είναι το αναπνευστικό και το ουροποιητικό σύστημα. Μετά τη λήψη των καλλιεργειών, θα πρέπει να εφαρμόζεται ένα εμπειρικό σχήμα θεραπείας, με αντιβιοτικά, ιδιαίτερα στους

κοκκιοπενικούς ασθενείς, έως ότου καθορισθεί ο μικροοργανισμός και η ευαισθησία του στα αντιβιοτικά.

Υπερουριχαιμία:

Η επιπλοκή αυτή, που προκαλείται από τη λύση μεγάλων μαζών της νόσου, αντιμετωπίζεται με αλλοπουρινόλη, ενυδάτωση και αλκαλοποίηση των ούρων.

Αιμολυτική αναιμία:

COOMBS θετική αιμολυτική αναιμία, εμφανίζεται σπάνια στα προχωρημένα στάδια της νόσου και αντιμετωπίζεται με συνδυασμένη χημειοθεραπεία και κορτικοστεροειδή.

Κύηση:

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η κύηση επηρεάζει την πορεία της νόσου ή το αντίθετο. Όπως αναμένεται όμως οι δυσκολίες σταδιοποίησης και επιθετικής θεραπείας, επηρεάζουν την αντιμετώπιση. Στο 1ο τρίμηνο και το πρώτο ήμισυ του δεύτερου τριμήνου της κύησης, ενδείκνυται διακοπή της κύησης για να αντιμετωπισθεί η νόσος στη συνέχεια.

Εξαίρεση θα μπορούσε να είναι το κλινικό στάδιο Ια με περιορισμένη νόσο στον τράχηλο ή τη μασχάλη, που είναι δυνατό να αντιμετωπισθεί με τοπική ακτινοβολία. Σε προχωρημένη κύηση, εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία μόνο σε περιορισμένη νόσο είτε αναβάλλεται η θεραπεία ή χρησιμοποιούνται φάρμακα που δεν βλάπτουν το έμβρυο.

Μελλοντικές κατευθύνσεις.

Τα κύρια προβλήματα στην αντιμετώπιση της νόσου του HODGKIN είναι:

1. η ύπαρξη ενός μικρού ποσοστού ασθενών που δεν απαντούν ικανοποιητικά στη θεραπεία και ενός πολύ μεγαλύτερου ποσοστού που εμφανίζει υποτροπές και
2. η τοξικότητα της θεραπείας τόσο η άμεση (έμετοι, αλωπεκία, μυε-

λοτοξικότητα, καρδιοτοξικότητα), όσο και η απώτερη (στείρωση, καρκινογένεση).

Για την επίτευξη πλέον ικανοποιητικών αποτελεσμάτων, η επιλογή των θεραπευτικών χειρισμών θα πρέπει να στηρίζεται σε προγνωστικούς παράγοντες, που αναγνωρίστηκαν στα τελευταία χρόνια που δεν περιέχονται στην ταξινόμηση ANN ARBOR.

Η προσπάθεια εισαγωγής νέων θεραπευτικών ουσιών, οδήγησε στη χρησιμοποίηση των βιολογικών τροποποιητών, η οποία όμως υπήρξε ανεπιτυχής μέχρι σήμερα.

Η αυτομεταμόσχευση με έντονη χημειοθεραπεία, σε προχωρημένη νόσο, που δεν απαντά ικανοποιητικά, φαίνεται να μπορεί να προσφέρει ευνοϊκά αποτελέσματα σε επιλεγμένους ασθενείς.

— Για τα αρχικά ιδίως στάδια της νόσου, ο στόχος των τελευταίων ετών είναι να επιτύχουμε το ίδιο κατά αποτελέσματα, με μικρότερη τοξικότητα. Η θεραπευτική στρατηγική εφαρμογής περιορισμένων κύκλων χημειοθεραπείας και περιορισμένων πεδίων ακτινοθεραπείας, αποσκοπεί στην αποφυγή κυρίως της καρκινογένεσης (ιδιαίτερα της οξείας λευχαιμίας), που είναι συχνότερη στον συνδυασμό των δύο θεραπευτικών μεθόδων.

Θα πρέπει στο μέλλον να επινοηθούν νέοι τρόποι θεραπείας, που θα είναι αποτελεσματικοί και στις ανθεκτικές περιπτώσεις, αλλά και λιγότερο τοξικοί. Οι τρόποι αυτοί, άγνωστοι σήμερα, θα βασίζονται ίσως στην καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας και παθογένειας της νόσου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ο στόχος της Νοσηλευτικής σε ασθενή με κακοήθη λέμφωμα, είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ανεξαρτησία του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση της νόσου, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστεια. Ακόμα, οι γνώσεις και η δεξιότητα, βοηθούν την νοσηλεύτρια να προβλέψει και παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων.

Η διάγνωση και αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του αρρώστου, θα γίνει από τη μελέτη των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν για τον άρρωστο με κακοήθες λέμφωμα. Με βάση τα νοσηλευτικά προβλήματα, γίνεται η διατύπωση των αντικειμενικών σκοπών που στην περίπτωση του αρρώστου με κακοήθες λέμφωμα, οι γενικοί αντικειμενικοί σκοποί είναι οι πιο κάτω.

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστειας.
2. Ενημέρωση του αρρώστου για τη φαρμακευτική του θεραπεία και ανακούφισή του από τις άμεσες και απώτερες ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί.
3. Προφύλαξη του αρρώστου και έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της αρρώστειας.
4. Προετοιμασία του αρρώστου για την ακτινοθεραπεία, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και ανακούφισή του από τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί.
5. Βοήθεια του αρρώστου, καθώς και του άμεσου περιβάλλοντός του να κατανοήσουν τη φύση της αρρώστειας από το οποίο πάσχει ο άρρωστος και να το αποδεχθούν.

Για την υλοποίηση των αντικειμενικών σκοπών που αποβλέπουν στην επίλυση των νοσηλευτικών προβλημάτων του αρρώστου με κακοήθες

λέμφωμα, προγραμματίζονται και πραγματοποιούνται οι πιο κάτω ανεξάρτητες, σε συνεργασία και εξαρτημένες νοσηλευτικές δραστηριότητες:

1. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΕΙΑΣ.

Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει ο άρρωστος είναι: πυρετός που κυμαίνεται από τα κατώτερα όρια έως και 40° C, δύσπνοια, βήχας και κυάνωση από πίεση της τραχείας. Η δύσπνοια, μπορεί να οφείλεται στη δημιουργία πλευριτικού υγρού από απόφραξη φλεβικής επανόδου από τους διογκούμενους μεσοθωρακικούς αδένες (διίδρωμα), είτε από επινέμηση του υπεζωκότα από λεμφοκοκκιωματώδη ιστό (εξίδρωμα) δυσφαγία από πίεση του οισοφάγου, βραχιόνια και οσφυοϊερά νευραλγία από πίεση του νεύρου, οίδημα των άκρων από πίεση των φλεβών, αναιμία με τα συμπτώματα που την συνοδεύουν, όπως εύκολη κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους, δύσπνοια κ.α. οστικοί πόνοι με συνήθη εντόπιση στους σπονδύλους, τις πλευρές και τα οστά της λεκάνης, επιγαστρικός πόνος, ναυτία, έμετοι, διάρροια, αιματέμεση ή μέλαινα κένωση, διάχυτοι πόνοι στην κοιλιά ή κωλικωειδείς που οφείλονται στην παρουσία ενδοκοιλιακών διογκωμένων λεμφαδένων ή στη διήθηση του πεπτικού σωλήνα, ίκτερος (σε προχωρημένα στάδια), που οφείλεται σε απόφραξη των ενδοηπατικών χοληφόρων αγγείων ή σε απόφραξη του χοληδόχου πόρου από τους διογκωμένους πυλαίους αδένες, δερματικές διηθήσεις, έρπητας ζωστήρας, παραισθησίες, νευραλγίες, παραπληγίες, απώλεια της αισθητικότητας των ποδιών κ.α. νευρολογικές εκδηλώσεις, δημιουργούνται από την πίεση του νευρικού ιστού και κυρίως, του νωτιαίου μυελού από διήθηση.

1.1. Για την ανακούφιση του αρρώστου από πυρετό, γίνονται οι εξής Νοσηλευτικές δραστηριότητες:

α. Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα/Μείωση του

πυρετού.

Η νοσηλεύτρια, δροσίζει το σώμα με εξωτερικά μέσα όπως ψυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με δροσερό νερό στο οποίο διαλύει αλάτι ή αραιώνει οινόπνευμα. Η απώλεια θερμότητας προκαλείται με την εξάτμιση-αυξάνεται με την ύγρανση του δέρματος και την αγωγιμότητα.

β. Χορηγεί στον άρρωστο άφθονα και δροσερά υγρά. Η ενυδάτωση, μειώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διουρήσεως. Παράλληλα, προλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός.

γ. Μειώνει τη θερμοκρασία της ατμόσφαιρας του θαλάμου και έτσι ενισχύει την απώλεια θερμότητας με την αγωγιμότητα και την ακτινοβολία (αυξάνεται η διαφορά μεταξύ της θερμοκρασίας του σώματος και του περιβάλλοντος).

δ. Προστατεύει τον άρρωστο από κρυολόγημα με:

- Την αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού (νυχτικό, σινδόνια, μαξιλαροθήκες κλπ.).
- Την προφύλαξη του αρρώστου από ρεύματα αέρα.
- Τη σταδιακή μείωση της θερμοκρασίας του μέσου, ψυχρό λουτρό, υποθερμικό στρώμα ή κουβέρτα. Η εφαρμογή ψυχρού μέσου, η θερμοκρασία του οποίου είναι πολύ πιο χαμηλή από αυτή του σώματος, μπορεί να προκαλέσει στον άρρωστο ψύξη. Κατά την εφαρμογή ψυχρού μέσου, μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης φρικιών ή ρίγους, με την τοποθέτηση θερμοφόρας στα πόδια και την χορήγηση ζεστών υγρών.

ε. Χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα που καθόρισε ο γιατρός και παρακολουθεί τη δράση του. Μετά τη χορήγηση αντιπυρετικού, περιμένουμε εφίδρωση και μείωση της θερμοκρασίας. Η τεχνητή πτώση της θερμοκρασίας του σώματος συχνά είναι απότομη αλλά και παροδική. Η νοσηλεύτρια που χορήγησε αντιπυρετικά φάρμακα:

- Παρακολουθεί τον άρρωστο για εφίδρωση και ενεργεί ανάλογα.
- Εκτιμά την διαφοροποίηση της θερμοκρασίας την οποία αναγράφει.
- Αξιολογεί την απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών που παρουσιάζει ο

άρρωστος με την έντονη εφίδρωση και ενεργεί ανάλογα.

- Γνωρίζει πως η χρονική δράση ενός αντιπυρετικού φαρμάκου, είναι περιορισμένη και κυμαίνεται από 2-4 ώρες περίπου εφόσον συνεχίζει να δρά το πυρετογόνο αίτιο. Γι' αυτό και μετά την μείωση του πυρετού ή την πτώση της θερμοκρασίας, στα φυσιολογικά όρια είναι απαραίτητη η συστηματική παρακολούθηση της θερμοκρασίας του σώματος. Όταν εφαρμόζονται δραστικά μέτρα μετριέται η θερμοκρασία του σώματος σε συχνά χρονικά διαστήματα για να αξιολογηθεί το αποτέλεσμα.

1.2. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αναιμίας, τη ναυτία, το έμετο, την διάρροια, τον ίκτερο.

1.3. Για την ανακούφιση του αρρώστου από την δύσπνοια, τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, χορηγείται οξυγόνο, τα προσφερόμενα γεύματα είναι μικρά σε ποσότητα, εύπεπτα, διατηρείται χαμηλή η θερμοκρασία του θαλάμου (15°C) και ανανεώνεται συνεχώς ο αέρας του, περιορίζονται οι επισκέπτες, οι παράγοντες που δημιουργούν συγκίνηση και φυσική κόπωση. Η ανακούφιση του αρρώστου από τη δύσπνοια περιορίζει και την κυάνωση. Για την ανακούφιση του αρρώστου από το βήχα, χορηγείται κωδεΐνη.

1.4. Επειδή η δυσφαγία είναι αποτέλεσμα πίεσεως που ασκείται στον οισοφάγο-προσφέρονται στον άρρωστο τροφές που την περιορίζουν, όπως είναι οι υγρές και οι πολτώδεις τροφές και για την κάθε κατάποση προσφέρεται μικρή ποσότητα τροφής. Αν ο άρρωστος δεν μπορεί να πάρει τίποτε από το στόμα, εφαρμόζεται τεχνητή διατροφή (ενδοφλέβια, ρινογαστροσωλήνωση).

1.5. Για την ανακούφιση του αρρώστου από τις νευραλγίες, τους οστικούς πόνους και άλλους πόνους περιορίζεται η πίεσή τους από τα λευχεύματα στο σημείο που ο άρρωστος πονάει, προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη κ.α.

- 1.6. Ο άρρωστος παρακολουθείται για την έγκαιρη διάγνωση δερματικών διηθήσεων και έρπητα ζωστήρα και ανακουφίζεται από τον περιορισμό της ανέσεως που δημιουργούν.
- 1.7. Παρακολουθούνται οι έμετοι για παρουσία αίματος καθώς και οι κενώσεις. Σε περιπτώσεις που πιθανόν να υπάρχει αίμα στους εμέτους και τα κόπρανα, στέλνεται δείγμα εμέτου ή κενώσεως στο εργαστήριο για αναζήτηση αιμοσφαιρίνης. Σε περιπτώσεις αιμοπτύσεως ή αιματηρής κενώσεως, ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός.
- 1.8. Παρατηρείται ο άρρωστος για σημεία νευρολογικών εκδηλώσεων, όπως παραισθησίες, νευραλγίες, παραπληγίες, απώλεια αισθητικότητας ποδιών κ.α. ανακουφίζεται απ' αυτές και προλαμβάνονται κίνδυνοι όπως εγκευμάτων, πτώσεως κλπ.

2. Προφύλαξη του αρρώστου από τις επιπλοκές της νόσου και έγκαιρη διάγνωση αυτών.

Οι επιπλοκές της νόσου είναι οι λοιμώξεις, αιμορραγίες, παραλύσεις από πίεση νεύρων και ειλεός.

Η πρόληψη των παραλύσεων και του ειλεού, επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση της αρρώστειας, άμεση εφαρμογή της σωστής θεραπείας και τη θετική ανταπόκριση του αρρώστου σ' αυτή.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον άρρωστο για σημεία και συμπτώματα παραπληγίας, τον προστατεύει από ατυχήματα, τον ανακουφίζει απ'

αυτά και λαμβάνει μέτρα προλήψεως δυσμορφιών μελών, ατροφιών μυών κλπ. Επίσης παρακολουθεί τον άρρωστο για τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και παρατηρεί σημεία και συμπτώματα ειλεού.

Σε περιπτώσεις εμφάνισης σημείων ειλεού, όπως είναι μετεωρισμός κοιλιάς βοηθείται κατάλληλα.

Για την πρόληψη των επιπλοκών που προέρχονται λόγω της πιέσεως ή της αποφράξεως από μάζες γίνεται χειρουργική αφαίρεση.

Η ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων μπορεί, εφόσον ενδείκνυνται να συνοδεύεται και με ακτινοβολία.

3. Ενημέρωση του αρρώστου για τη φαρμακευτική του θεραπεία και ανακούφισή του από τις άμεσες και έμμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί

4. Προετοιμασία του αρρώστου για την ακτινοθεραπεία, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και ανακούφισή του από τις ανεπιθύμητες επιδράσεις της.

4.1. Ο άρρωστος ενημερώνεται για τη φύση της θεραπείας σε επίπεδο, που να κατανοεί αυτό που του λέγεται και να επιτυγχάνει σκοπό της η ενημέρωση σε συνεργασία με την ομάδα υγείας, μείωση του άγχους και του φόβου.

4.2. Επισκέπτεται το χώρο της θεραπείας, γνωρίζεται με το προσωπικό και εξοικειώνεται μ' αυτό (χώρο, προσωπικό).

4.3. Ενημερώνεται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, όπως ανορεξία, ναυτία, έμετοι, διάρροια, δερματικές αντιδράσεις κ.α. και μέτρα που μπορεί να χρησιμοποιήσει για την πρόληψή τους, μείωση του βαθμού εκδηλώσεως και αντιμετώπισέώς τους.

5. Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει τη φύση του νοσήματος από το οποίο πάσχει και να το αποδεχθεί καθώς και του άμεσου περιβάλλοντός του.

5.1. Τα μέλη της ομάδας υγείας, σέβονται τα ανθρώπινα δικαιώματα του αρρώστου και τον μεταχειρίζονται σαν άτομο που πρέπει να έχει δικαίωμα να ξέρει τι του συμβαίνει. Η ενημέρωση του αρρώστου για τη φύση της αρρώστειας του είναι αναφαίρετο δικαίωμά του. Την έκταση της ανάγκης του αρρώστου, αλλά και του άμεσου περιβάλλοντός του για ενημέρωση, τη διαπιστώνει η νοσηλεύτρια, ύστερα από θετική επικοινωνία που έχει αναπτύξει τό-

σο με τον άρρωστο, όσο και με την οικογένειά του (άμεσο περιβάλλον).

- 5.2. Βοηθείται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του, να εκδηλώσουν τα αισθήματά τους για τη νόσο και για τους φόβους τους σχετικά με τον βαθμό της κακοήθειας και τις πιθανότητες θεραπείας.

Η νοσηλεύτρια, ενημερώνει τον άρρωστο, για το είδος των εργαστηριακών εξετάσεων, όπως βιοψία μυελού, λεμφαδένων, ήπατος, λεμφαγγειογραφία και λαπαροτομία (σπάνια), τη διαδικασία εκτελέσεως της καθεμιάς και τη δική της συμβολή στην ασφαλή, γρήγορη και επιτυχή εκτέλεσή τους.

Οι συγγραφείς του βιβλίου CANCER CARE NURSING, περιγράφουν τα προσόντα, που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με κακοήθη νεόπλασμα, ως εξής:

" Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται 1) γνώσεις 2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την νοσηλευτική κακοήθη νεοπλασμάτων 3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και 4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την νοσηλευτική κακοήθη νεοπλασμάτων, περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει".

Η ικανότητα του ασθενή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως:

η ηλικία, το πολιτιστικό επίπεδο, η βοήθεια και υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστεια στο παρελθόν.

Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστειας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Νοσηλευτικές οδηγίες:

Όπως όλοι οι άρρωστοι, έτσι και οι ασθενείς με νόσο HODGKIN έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη έμφαση στα εξής:

- Ο ασθενής, διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστεια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο.

Γι' αυτό:

α) Η κατανόηση στον άρρωστο και η παρουσίαση της ευχάριστης όψης της ζωής του, δίνει ελπίδα.

β) Η διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του αρρώστου. Πολλοί άρρωστοι λένε ότι δεν φοβούνται τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.

γ) Προσπάθεια για βοήθεια του αρρώστου να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

δ) Φροντίδα να μην εκτείνεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες.

ε) Προσοχή στην καθαριότητα, στη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό.

στ) Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

ζ) Ενθάρρυνση του αρρώστου να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

η) Βοήθεια στην ανάπτυξη της αυτοπεποιθήσεως ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).

- θ) Ενθάρρυνση του αρρώστου να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.
- ι) Ενίσχυση της συχνής αλλαγής θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι.
- κ) Ενίσχυση της καλής διατροφής του αρρώστου.
- λ) Χρησιμοποίηση των κατάλληλων νοσηλευτικών μέτρων και μέσων για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονία, κατακλίσεων, υποσιτισμού.
- μ) Λήψη κάθε μέτρου για τη διατήρηση της καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.
- ν) Να μην απουσιάζει από το σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, η εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα του.
- ξ) Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το Νοσοκομείο, διδασκαλία του τρόπου αυτοφροντίδας. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής του και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτή.

Στη φροντίδα του αρρώστου, οι επιδιώξεις είναι περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατόν στη φυσιολογική ζωή.

Για κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κατά την περίοδο αναζητήσεως της νόσου, διάγνωσης και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί:

1. στις ανάγκες του αρρώστου ως ατόμου
2. στις ανάγκες της αρρώστειας
3. στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται
4. στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας, στην ψυχική και φυσική του κατάσταση. Θα πρέπει να δίνεται ενθάρρυνση και ελπίδα, με σκοπό να περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ.

Δραστηριότητες.

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας, πολλοί άρρωστοι είναι δραστήριοι, μερικοί όμως βρίσκουν αναγκαίο να ελαττώσουν τις δραστηριότητές τους και να εφαρμόσουν έναν αργό τρόπο ζωής.

Δίαιτα.

Γενικά, ο άρρωστος, κατά την χημειοθεραπεία, πρέπει να ακολουθεί μια σωστή δίαιτα πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες.

Εάν έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, να προσπαθήσει να παίρνει μικρά γεύματα, σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. Να κάνει έναν περίπατο (αν μπορεί) πριν από το γεύμα.

Κατά την ημέρα της χημειοθεραπείας, ο άρρωστος, δεν τρώει τίποτε 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.

Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους κατά την θεραπεία.

- αλλαγή γεύσης και όσφρησης.

Αν αυτό συμβεί κατά τη διάρκεια της έγχυσης του φαρμάκιου στη φλέβα, αντιμετωπίζεται με τη γεύση ενός γλυκίσματος.

Πολλές φορές η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης, μπορεί να επανέλθει μετά από 2-3 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

- Ναυτία ή έμετος.

Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει:

Αντιεμετικά φάρμακα (εντολή γιατρού)

Μαλακές κρύες τροφές

Τροφή σε μικρές και συχνές δόσεις

Να αποφεύγει τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα.

Να αποφεύγει τα υγρά κατά την ώρα του γεύματος

Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα γεύματά του νωρίς για καλύτερη χώνεψη.

Να αποφεύγει τα βαριά γεύματα.

- Διάρροια..

Να παίρνει αντιδιαρροϊκά φάρμακα

Να παίρνει υγρά αντικαταστάσεως

Να αποφεύγει πικάντικες ή λιπαρές τροφές και διάφορα διεγερτικά όπως π.χ. καφές.

Να αποφεύγει τροφές με ίνες (φρούτα, λαχανικά)

- Δυσκοιλιότητα.

Δίαιτα πλούσια σε κυτταρίνη και υγρά

- Τριχόπτωση

Ο άρρωστος θα πρέπει να είναι ενημερωμένος σχετικά με την τριχόπτωση.

Να χρησιμοποιεί μαντήλια, καπέλα ή περούνα και μάλιστα αν είναι δυνατόν εγγαίρωσ από τα ίδια τα μαλλιά.

Να χρησιμοποιεί κάσκα φύξεως.

Να μην λούζεται συχνά και να μην χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.

Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Η τριχόπτωση μπορεί ακόμη να σταματήσει και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τα μαλλιά βγαίνουν καλύτερα από πριν.

- Λευκοπενία (μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων).

Να βεβαιωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.

Να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον.

- Αναιμία (μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων).

Να ελαττώσει τις δραστηριότητές του.

Να αποφεύγει την κόπωση

Να αναπαύεται

Να έχει καλή διατροφή

Η μετάγγιση αίματος, είναι ένας γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης

- Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων).

Να αποφεύγει αθλοπαιδεΐες

Να αποφεύγει τραύματα και κακώσεις

Να αποφεύγει ξυριστική μηχανή (με λεπίδα)

Να φροντίζει το στόμα του πρωί-βράδυ μετά το φαγητό. Να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα.

Να πλένει το στόμα του με σόδα

Να αποφεύγει τροφές που τραυματίζουν

Να κάνει μεταγγίσεις αιμοπεταλίων

Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει υποκλισμούς και υπόθετα

- Στοματίτιδα.

Να λαμβάνει μαλακή τροφή

Να πίνει πολλά υγρά

Να κάνει πλύσεις στόματος με χαμόμηλο και σόδα

Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά π.χ. HEXALEN. Επίσης, σταγόνες MYCOSTATINE.

- Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια -ής (κατά τη θεραπεία), βοηθά τον άρρωστο να δεχθεί τη παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα. Σε γυναίκες, η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή μπορεί να σταματήσει.

Σε άντρες, μπορεί να παρουσιαστεί στειρότητα, να σταματήσει η παραγωγή σπέρματος, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή, επίσης ολιγοσπερμία.

Για κάθε ενδεχόμενο, καλό είναι να γίνει αποθήκευση σπέρματος σε τράπεζα πριν τη θεραπεία.

Οποσδήποτε αντισυλληπτικά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται, για να αποφευχθεί πιθανή γέννηση μη υγιών παιδιών.

ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

Φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης φαρμάκων.

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, για την αποφυγή περισσότερων παρενεργειών σε βάρος του αρρώστου. Θα πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νοσηλεύτριας -ή για την ενημέρωση του αρρώστου με νόσο HODGKIN, σχετικά με την χημειοθεραπεία και ενθάρρυνσή του για την αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών.

Κατά την έναρξη και την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, απαιτείται προσεχτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων.

Απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμέτους και απώλεια ούρων) του αρρώστου, γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή O₂ για τυχόν αλλεργικό SHOCK.

Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (φυγείο εάν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για την θεραπεία (σχήμα). Προσοχή, να μην βγαίνουν την τελευταία στιγμή από το φυγείο. Επίσης, πρέπει να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων. Μερικά από τα κυτταροστατικά φάρμακα, δημιουργούν ειδορές και όταν φύγουν από τη φλέβα, δημιουργούν εξέλκωση ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή καθ' όλη τη διάρκεια χορήγησής τους και αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια -ής, πρέπει να ξέρουν ότι:

1. Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο.
2. Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.
3. Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία, πρέπει να αποφεύγεται π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα, ακινητοποιημένο μέρος λόγω τραύματος

Ασφαλή μέτρα υγειονομικού προσωπικού.

Στην φάση της προετοιμασίας, υπάγονται και μέτρα ασφάλειας, που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό, που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του.

Ο ιδεώδης τρόπος, θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο, όπου υπάρχει ανεμιστήρας με αέρα που βγαίνει με κάθετη κατεύθυνση προς τα έξω και ακόμη η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων, η νοσηλεύτρια -ής, πρέπει να φορά τα ακόλουθα:

1. πλαστικά γάντια κατά τη διάλυση και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.
2. Προστατευτικά γυαλιά.
3. Μάσκα.
4. Πλαστική ποδιά κατά την διάλυση και την έγχυση.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.

Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσης του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή, με σαπούνι και νερό και αν εκτεθούν τα μάτια, πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

Προσοχή στην απόρριψη απεικριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλοΐωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα, απεικρίνονται από τα ούρα ή τα κόπρανα ή και τα δύο. Καλό είναι, οι επίτοκες, να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους 3 πρώτους μήνες της κύησης για αποφυγή τερατογέννησης.

Όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, αχρησιμοποίητα φάρμακα, πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία και να τοποθετείται πάνω σ' αυτά κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή "επικίνδυνα απορρίματα!"

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΝΟΣΟ HODGKIN.

Το άτομο, στο οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από νόσο HODGKIN, βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

Η μάχη δεν είναι μόνο βιολογική, αλλά και ψυχολογική. Ακόμη και οι συγγενείς του, συνήθως, έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα, ο άρρωστος, πολλές φορές, δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η διάγνωση όμως της ασθένειας, δεν ισοδυναμεί με το θάνατο.

Όταν το άτομο βρίσκεται στα πρώτα στάδια, έχει τις δυνατότητες να ζήσει για αρκετά χρόνια και να είναι παραγωγικό άτομο της κοινωνίας.

Το άτομο, όμως, το οποίο βρίσκεται σε κατάσταση πλέον προχωρημένη και κρίσιμη, αισθάνονται φόβο και αβεβαιότητα.

Η οικογένεια, οι φίλοι του μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση της ασθένειας, είναι ισοδύναμη με το θάνατο.

Ο άρρωστος μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό. Μετά τη φάση της άρνησης, που διέρχεται ο άρρωστος, είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με το Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστειας του ή την αναβολή του μοιραίου.

Ο άρρωστος, τέλος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Τότε, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Ακόμη, ο φόβος του αρρώστου, η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα.

Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια, να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Για να γίνει η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον άρρωστο, θεραπευτική, πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό της.

Πι πρέπει να γνωρίζει για τον άρρωστο :

1. το ρόλο του στην οικογένεια
2. τη μόρφωσή του
- 3, την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του
4. την ωριμότητα της προσωπικότητάς του, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής.
5. το στάδιο της αρρώστειας
6. τις ερωτήσεις που κάνει
7. την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του.
8. το θρήσκευμά του.

9. τις σχέσεις με το γιατρό του

10. την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστεια

11. αν αισθάνεται ή όχι ενοχή για την αρρώστεια

12. τη διάρκεια της αρρώστειας

13. τις ανάγκες του αρρώστου

14. τον τρόπο νοσηλείας του

15. την επιθυμία του αρρώστου να μάθει την αλήθεια.

Τι πρέπει να γνωρίζει για την οικογένεια του αρρώστου:

1. Ποιό είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
2. Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο
3. Την οικονομική κατάσταση
4. Τη στάση της οικογένειας απέναντι στην αρρώστεια και την ιατρική περίθαλψη.
5. Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
6. Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
7. Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας.
8. Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.
9. Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια.

Τι πρέπει να γνωρίζει για τον εαυτό της:

1. Τα συναισθήματά της απέναντι στην αρρώστεια.
2. Το βαθμό επαφής που έχει αναπτύξει με τον άρρωστο.
3. Τη φιλοσοφία της για το θάνατο.
4. Το βαθμό επαφής που έχει με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου.
5. Την εμπιστοσύνη, που ο άρρωστος τρέφει γι' αυτή.

Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του αρρώστου, είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζεται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοί τους, βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οίκογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδιά της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατό.

Η νοσηλεύτρια, προετοιμάζει τον άρρωστο για τη μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο, έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της ειδικεύσεως αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού, δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι (επαγγελματίες, κοινωνία γενικά), αντιλαμβάνονται πως:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.
- Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.
- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας (υποβοστώξεως) και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και στους οικείους του, και
- ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστειας, είναι πολύ ουσιαστικός.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημερώσεως του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική, οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Το 1978, κυκλοφόρησε το περιοδικό: CANCER NURSING: AN INTERNATIONAL JOURNAL FOR CANCER, για την κάλυψη της ανάγκης ενημερώσεως στα νέα επιστημονικά δεδομένα για την αρρώστεια, τη νοσηλευτική βοήθεια του ατόμου που πασχει απ' αυτήν.

Παράλληλα, συνέχεια, γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο. Βέβαια, σήμερα, είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να

νοσηλεύονται από ειδικευμένη νοσηλεύτρια στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι όμως δυνατόν όλες οι νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο, να γνωρίζουν ό,τι καινούργιο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ζ.....

ΗΛΙΚΙΑ: 43

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Λογιστής

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Νόσος HONDGKIN με ιστολογικό τύπο οζώδους σκλήρυνσης.

Ο ασθενής Βασίλειος Ζ..... ετών 43, παντρεμένος με 2 παιδιά.

Ατομικό αναμνηστικό: Συχνές αμυγδαλίτιδες προ ετών, χωρίς επιπλοκές.
Οσφυαλγία από 5ετίας (δισκοπάθεια).

Μυκητίαση στα πόδια.

Κληρονομικό αναμνηστικό : Ελεύθερο

Καπνιστής από 17 ετών, 30 τσιγάρα την ημέρα.

Παρούσα νόσος.

Από αρχές Αυγούστου του 1988 λόγω οσφυαλγίας που έχει από 5ετίας, ο ασθενής έκανε ακτινογραφίες και πήρε φαρμακευτική αγωγή με VOLFAREN TABL και NUSCORIL AMP. Η οσφυαλγία, συνοδεύεται με ισχυαλγία δεξιάς με κατανομή στην έξω επιφάνεια της κνήμης και δακτύλων. Μετά από διακοπή φαρμακευτικής αγωγής, αρχές Σεπτεμβρη, εμφανίσθηκε πυρετός, μεγέθους έως 38,1° C, με επέκταση κυρίως το βράδυ ιδρώτες. Ο πυρετός κράτησε 1,5 - 2 εβδομάδες, που καταπολεμείται με ασπιρίνη και κατόπιν, κατά τα μέσα Σεπτεμβρη 1988, κάνει εργαστηριακό έλεγχο.

T.K.E 42-75

RA TEST (-)

CRR (+)

Χολερουθρίνη : Φ.Τ.

Στην α/α θώρακος 26/9/88, όπου βρέθηκε επέκταση αριστερών πύλων και διήθηση αριστερά. Ταυτόχρονα, έκανε αξονική τομογραφία θώρακα και άνω και κάτω κοιλίας.

Αξονική κοιλιακής - αξονική θώρακος : Παραπυλαία επεξεργασία αριστερά με πυκνότητα μαζών μαλακού μορίου. Παρουσία λεμφαδένης οπισθο-περιτοναϊκού χώρου.

Στις 11-10-88, έγινε βιοψία βουβωνικών λεμφαδένων.

Ιστολογικά ευρήματα.

Ο λεμφαδένας παρουσιάζει κατάλυση της υφής, λόγω διήθησής του με νόσο HODGKIN.

Ο κυτταρικός πληθυσμός, αντιπροσωπεύεται από REED-STERBERG κύτταρα, "LACUNAR" κύτταρα και ποικιλίες τους που αναμιγνύονται με μικρά λεμφοκύτταρα ηωσινόφιλα λευκοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.

Η ιστολογική εικόνα, παρουσιάζει εναλλαγές από περιοχή σε περιοχή. Μέρος της ιστολογικής εικόνας, αποτελούν, η πάχυνση της κάψας και η παρουσία περιορισμένου αριθμού δεσμίδων συνδετικού ιστού.

10-3-90. Ο ασθενής παρακολουθείται κάθε μήνα.

Έχει τελειώσει 9 κύκλους MOPP και ABVD.

Εισηγήθη στην Α΄ Παθολογική κλινική του Αγίου Σάββα, για να αρχίσει νέο κύκλο MOPP

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΞΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΝΕΦΟΣΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΞΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ
<p>Πυρετός</p>	<p>Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων, σύμφωνα με την οδηγία ιατρού</p> <p>Κομπρέσες με δροσερό νερό</p> <p>Χορήγηση άφθονων υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Αλλαγή ενδυμάτων του ασθενή και χορήγηση υγρών για την διατήρηση ισοζυγίου υγρών</p> <p>Προφύλαξη ασθενή από ρεύματα αέρα</p>	<p>Σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, χορηγήθηκε αντιπυρετικό φάρμακο</p> <p>Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά στον άρρωστο.</p> <p>Αλλαγή ενδυμάτων του ασθενή</p> <p>Χορήγηση άφθονων υγρών.</p>	<p>Μετά την χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου, ο πυρετός έφτασε στα φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Με οδηγίες ιατρού γίνεται συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας του ασθενή</p> <p>Μετά την αλλαγή ενδυμάτων ο ασθενής ανακουφίσθηκε από το σύμπτωμα αυτό.</p>
<p>Ξφύδρωση</p>	<p>Διατήρηση ισοζυγίου υγρών, διατήρηση άρρωστου στεγνού & καθαρού</p>			

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ
<p>Εμετός</p>	<p>Απαλλαγή του ασθενούς από το σύμπτωμα αυτό.</p>	<p>Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις οδηγίες ιατρού Χορηγείται τροφή σε μικρές και συχνές δόσεις και πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.</p>	<p>Με οδηγίες ιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή AMP PRIMPERAN 1.Π.</p>	<p>Μετά πό μικρό χρονικό διάστημα, το σύμπτωμα αυτό υποχώρησε και ο ασθενής αισθάνεται πιο ευχάριστα.</p>
<p>Δύσπνοια</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από την δύσπνοια.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση και χορήγηση O₂ με ρινοφαρρυγγικό καθετήρα. Συνεχής συναισθηματική τόνωση του ασθενούς Καλός αερισμός του θώρακου με δροσερό & καθαρό αέρα. Περιορισμός των επισκεπτών.</p>	<p>Χορήγηση O₂ Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από το σύμπτωμα αυτό. Συνεχίζεται η λήψη O₂ για αρκετό διάστημα ακόμα.</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΓΧΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
Κνησμός	Υποχώρηση του κνησμού	Απαλλαγή του ασθενή από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του. Λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι και μετά μασάζ με λουσιών	Συχνό λουτρό καθαριότητας.	Σταδιακή υποχώρηση του κνησμού
Δυσφαγία	Αντιμετώπιση της δυσφαγίας	Χορηγούνται στον άρρωστο τροφές που περιορίζουν την δυσφαγία	Χορηγούνται στον άρρωστο υγρές και πολύτιμες τροφές.	Ο ασθενής αισθάνεται πιο άνετα κατά την χορήγηση της τροφής.
Ο ασθενής διακατέχεται από εννευρισμό και φόβο.	Καθησύχαση του ασθενή	Ενημέρωση του ασθενή για την ασθένειά του και για την θεραπεία του.	Προσφέρεται μικρή ποσότητα τροφής. Προσκαλούμε να ενημέρωσουμε τον άρρωστο, όσο πιο απλά μπορούμε για την φύση της αρρώστιας του και απαντάμε τις απορίες που έχει	Ο ασθενής μετά την συζήτηση, που έγινε, νιώθει πιο ευχάριστα και έχει ηρεμήσει.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΕΛΕΝΗ Τ...

ΗΛΙΚΙΑ : 45

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: : ΟΙΚΙΑΚΑ

Κληρονομικό και οικογενειακό αναμνηστικό.

Δεν αναφέρει νόσο ή εγχείρηση στο παρελθόν και κανένα παρόμοιο περιστατικό δεν παρουσιάστηκε στο οικογενειακό της περιβάλλον.

Ατομικό αναμνηστικό: Δεν αναφέρεται νόσος ή εγχείρηση στο παρελθόν.

Οικογενειακή κατάσταση: Είναι έγγαμη, μητέρα με 2 παιδιά.

Παρούσα νόσος: Αρχές Ιουλίου 1986, η ασθενής παρουσίασε τα πρώτα συμπτώματα. Για πρώτη φορά η ασθενής παροθσίασε μια ανώδυνη μάζα στην τραχηλική χώρα.

Επισκέφθηκε εξωτερικό ιατρό και μετά εισήλθε στον "Άγιο Σάββα".

Υποβάλλεται σε οστεομυελική βιοψία και σε παρακέντηση "όγκου" δεξιάς πλάγια τραχηλικής χώρας.

Η παρακέντηση του "όγκου" δεξιάς τραχηλικής χώρας αφορά λεμφαδένα.

Μικροσκοπικώς, παρατηρούνται πολλά άτυπα λεμφοκύτταρα με πολλαπλούς πυρήνες (κύτταρα HODGKIN) και REED STENBERG.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εικόνα κυτταρολογική συμβατή με λέμφωμα HODGKIN.

Στην τελευταία οστεομυελική βιοψία που υποβλήθηκε η ασθενής στις

3-7-90, η ιστολογική έκθεση είχε ως εξής: Το υλικό που λήφθηκε,

αφορά οστεομυελική βιοψία και περιλαμβάνει τέσσερα οστικά τεμάχια, συνολικού μήκους 1 εκ. Το υλικό επεξεργάστηκε με τη μέθοδο SCHAEFFER και μελετήθηκε ιστοχημικά και ανοσοϊστοχημικά.

Συζήτηση ιστολογικών ευρημάτων.

Το συγκεκριμένο υλικό αφορά ασθενή με ιστορικό νόσου HODGKIN από βετίας, της οποίας το εργαστήριο μελέτησε πρόσφατα λεμφαδένα με υποτροπή της νόσου. Ο μυελός με την έννοια της παρουσίας ενός πολύμορφου κυτταρικού διηθήματος από λεμφοκύτταρα, ηωσινόφιλα, πλα-

σματοκύτταρα και μέτρια αυξημένο αριθμό ποικιλιών REED-STENBERG κυττάρων πληρεί τα κριτήρια της διήθησης από νόσο HODGKIN επί ήδη διαγνωσμένης νόσου.

Υποβάλλεται και σε βιοψία βουβωνικού λεμφαδένα.

Τα ιστολογικά ευρήματα της βιοψίας είναι:

Ο λεμφαδένας παρουσιάζει πλήρη κατάργηση της αρχιτεκτονικής του λόγω ανάπτυξης νόσου HODGKIN.

Τα επί μορφολογικής γνωρίσματα της επεξεργασίας είναι:

- Διάχυτη ανάπτυξη
- Κυτταρική πολυμορφία
- Παρουσία αυξημένου αριθμού κυττάρων, καθώς και REED-STENBERG κυττάρων και ποικιλιών.

Συζήτηση ευρυμάτων. Το συγκεκριμένο υλικό αφορά σύμφωνα με τις κλινικές πληροφορίες, ασθενή με ιστορικό νόσου HODGKIN από 5ετίας, με πρόσφατη υποτροπή της νόσου και διήθηση μυελού.

Τα ευρήματα από λεμφαδένα που μελετήσαμε είναι συμβατά με νόσο HODGKIN με επιμέρους χαρακτήρες στα πλαίσια του ιστολογικού τύπου της κυτταρικής φάσης της οζώδης σκλήρυνσης.

Στον "Άγιο Σάββα" συνεστήθη MOPP.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ
<p>Η ασθενής παρουσιάζει ανααιμία</p> <p>Με Η.Σ.Τ 29 %</p>	<p>Αποκατάσταση του αιματοκρίτη στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>Μετάγγιση αίματος, ώστε να διορθωθεί η ανααιμία.</p> <p>Να αποφεύγεται η κόπωση και να παύρνει σωστή διατροφή</p>	<p>Η ασθενής έκανε μεταγγιση αίματος</p> <p>Λαμβάνει σωστή διατροφή πλούσια σε βιταμίνες & πρωτεΐνες</p> <p>Συνιστάται να αναπαύεται & να αποφεύγει την κόπωση</p>	<p>Ο αιματοκρίτης ήταν 33 % μετά από εργαστηριακό έλεγχο, που έγινε</p>
<p>Μέλαινες κενώσεις</p>	<p>Εξέταση κοπράνων για να προσδιορισθεί ο λόγος που ο ασθενής, παρουσιάζει μέλαινες κενώσεις</p>	<p>Σύμφωνα με εντολή ιατρού να γίνει εξέταση κοπράνων.</p>	<p>Αήψη δείγματος κοπράνων για εξετάσεις</p>	<p>Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που λάβαμε, από το μικροβιολογικό εργαστήριο και σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού, ο ασθενής διακόπτει την θεραπεία με το σχήμα MORP και θα πρέπει να συνεχίσει ΑΣΥΔ.</p>

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΠΙΣΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓ.
Καταβολή δυνάμεων	Σωματική τόνωση του ασθενή	Ενίσχυση του διαιτολογίου του αρρώστου, με λευκώματα Μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων	Χορηγείται στον άρρωστο τροφή πλούσια σε λευκώματα. Περιορίζονται οι φυσικές δραστηριότητες του αρρώστου και χορηγούνται στον άρρωστο υγρά εμπλουτισμένα με ζάχαρη για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του και πρόληψη του μεταβολισμού των λιπών.	Μετά από μικρό χρονικό διάστημα, παρατηρείται κάποια τόνωση σωματικής του ασθενή.
Ανορεξία	Καταπολέμηση της ανορεξίας	Χορήγηση τροφής της προτιμής του (όταν δεν αντενδείκνυται).	Σερβίρεται στον άρρωστο, φαγητό της προτιμής του και σε ήρεμο περιβάλλον.	Αύξηση της διαθέσεως για φαγητό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓ.
<p>Ο ασθενής καταλαβαίνει ότι κάτι τραγικό συμβαίνει και έχει το αίσθημα ταυ φόβου και της ανησυχίας για το μέλλον του.</p>	<p>Μείωση του φόβου και της ανησυχίας του αρρώστου</p>	<p>Ενημέρωση του αρρώστου, ψυχολογική υποστήριξη και φυσιολογική αντι-μετάπιση του ασθενή</p>	<p>Προσπαθούμε να ενθαρρύνουμε τον ασθενή και τον καθησυχάζουμε. Συζητούμε με τον ασθενή και εκφράζει τις ανησυχίες του για το μέλλον Ηθική τόνωση του ασθενή και προσπάθεια να προσκομίσει τις ελπίδες του στο Θεό.</p>	<p>Ο ασθενής καθησυχάζει και ηρεμεί και έχει πίστη στο Θεό, ότι όλα θα πάνε καλά.</p>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο ασθενής Λ. Μιχαήλ, ετών 38, με διαγνωσμένη νόσο HODGKIN, στην Α' Παθολογική κλινική του Νοσοκομείου "Αγίου Σάββα" και στο Νοσοκομείο ROYAL FREE HOSPITAL του Λονδίνου, εισάγεται για χημειοθεραπεία στην Α' Παθολογική κλινική.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Το 1973 κάταγμα κνήμης.

Το 1986 αφαίρεση αμυγδαλών.

Ο ασθενής δεν πίνει, δεν καπνίζει.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ελεύτερο

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Από τον Ιανουάριο του 1989, ο ασθενής παρουσίασε τα πρώτα συμπτώματα.

Για πρώτη φορά παρουσίασε ένα μεγάλο βώλο στο λαιμό του. Αρχικώς, αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτικά, με τα οποία δεν υποχώρησε και ο ασθενής εισήχθη στην Α' Παθολογική κλινική του "Αγίου Σάββα", με τα εξής συμπτώματα: Ξερόβηχας, πυρετός, ιδρώτες κυρίως νυκτερινά και κνησμό.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία λεμφαδένων όπου βρέθηκε μερική κατάληψη από HODGKIN λέμφωμα του τύπου μεικτού κυτταρικού πληθυσμού. Τότε είχε δύο αδένες υπερκλειδίου (1,5 CM) δεξιά και 1 αριστερά. Στην ακτινογραφία θώρακος είχε αύξηση σκιαγραφήσεως του διάμεσου πνευμονικού δικτύου στο δεξιό κάτω πνευμονικό λοβό, αλλά και σε άλλα μέρη του πνεύμονα.

Κατόπιν ο ασθενής, υποβλήθηκε σε δοκιμασίες περιλαμβανομένης βιοψίας μυελού οστών, υπολογιστικής (αξονικής τομογραφίας) και λεμφαγγειογραφίας. Φαίνεται πως ανακαλύφθηκε μια ανωμαλία στις δοκιμασίες αυτές, στην ράχη, αλλά συστήθηκε στον ασθενή να αρχίσει ακτινοθεραπεία.

Στην αντικειμενική εξέταση, ο ασθενής δεν παρουσίασε τίποτε το

παθολογικό, το μόνο πρόβλημα είναι ότι ο ασθενής είναι παχύσαρκος και είναι δύσκολη η ψηλάφηση του ήπατος.

Συμπέρασμα: Νόσος HODGKIN οζώδης σκληρυντικό στάδιο III A

Από το Λονδίνο συνεστήθη ABVD και ακτινοθεραπεία.

ADRIAMMICIN: 25 MGR/M² Ε.Φ από πρώτη έως και δέκατη πέμπτη μέρα.

BLEOMYCIN 10 MGR/M² Ε.Μ. από πρώτη έως και δέκατη πέμπτη μέρα.

VINBLASTINE 6 MGR/M² ΕΦ από πρώτη έως δέκατη πέμπτη μέρα.

D.T.I.C. 375 MGR/M² Ε.Φ. από πρώτη έως δέκατη πέμπτη μέρα.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΓΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
Ο ασθενής έχει τάση προς εμετό και αισθάνεται ναυτία	Καταπολέμηση των δυσάρεστων αυτών συμπτωμάτων	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με τις οδηγίες του ιατρού.	Με εντολή γιατρού χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα. Προσφέρεται στον ασθενή τροφή σε μικρές & συχνές δόσεις και πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.	Μετά από μικρό χρονικό διάστημα, ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται πιο ευχάριστα.
Παρατηρείται στον ασθενή έναρξη της τριχόπτωσης	Προσπάθεια για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος	Ενημέρωση του αρρώστου για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, που έχει η χημειοθεραπεία (όπως τριχόπτωση).	Συνιστούμε να μη λούξε-ται συχνά ο ασθενής και να μην στενοχωριέται γιατί είναι κάτι το παροδικό. Εοήθεια του ασθενή να το δεχθεί σαν φυσικό λογικό αποτέλεσμα της θεραπείας του.	Συνεχίζεται η ίδια κατάσταση χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση και ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Ι ΣΚΟΠΟ Ι	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>ι άρρωστος παραπο- λείται για απώλεια βάρους και ανορεξία</p>	<p>Προσπάθεια για αποκα- τάσταση της όρεξης του ασθενή</p>	<p>Χορηγούνται τροφές πλού- σιες σε βιταμίνες και πρωτεΐνες. Τα γεύματα να είναι ελκυ- στικά και μεγάλης θρε- πτικής αξίας.</p>	<p>Δίνουμε στον άρρωστο τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και πρωτεΐνες Χορηγούνται μικρά γεύ- ματα σε τακτικά δια- στήματα της ημέρας.</p>	<p>Ο ασθενής καταλαβαίνει το πρόβλημά του και προσπαθεί και μόνος του να το αντιμετωπί- σει παίρνοντας μικρά και συχνά γεύματα.</p>
<p>Αναιμία</p>	<p>Αντιμετώπιση της αναιμίας.</p>	<p>Να χορηγηθεί αίμα στον ασθενή. Να αποφεύγεται η κόπωση του ασθενή και να χορη- γείται καλή τροφή.</p>	<p>Χορηγείται 2 μονάδες αίματος. Παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν αντί- δραση. Λαμβάνοντας τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Συνιστούμε να αποφεύ- γει την κόπωση, να έχει καλή διατροφή.</p>	<p>Μετά την μετάγγιση γί- νονται εξετάσεις και παρατηρείται μικρή άνοδο του αιματοκρίτη.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>Ο άρρωστος έχει οστικές πόνους.</p>	<p>Καταπολέμηση του πόνου.</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων Περιορισμός της κίνησης από τα σεντόνια.</p>	<p>Σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, χορηγούνται στον ασθενή αναλγητικά φάρμακα. Περιορίζονται οι πιέσεις από τα σεντόνια στο σημείο όπου ο άρρωστος πονάει. Προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη στον άρρωστο.</p>	<p>Ο άρρωστος ανακουφίστηκε προσωρινά από τους πόνους.</p>
<p>Ανησυχία-αϋπνία</p>	<p>Προσπάθεια να ηρεμήσει και να μπορέσει να ξεκουραστεί ο άρρωστος.</p>	<p>Απασχολή του αρρώστου από τις δυσάρεστες σκέψεις, οι οποίες τον βασανίζουν και δεν μπορεί να κοιμηθεί και να ηρεμήσει.</p>	<p>Βοηθάμε τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάστες σκέψεις που τον βασανίζουν, χαμηλώνουμε τα φώτα του θαλάμου και του προσφέρουμε ζεστό γάλα, ώστε να ηρεμήσει και να κοιμηθεί.</p>	<p>Ο άρρωστος νιώθει πιο ήρεμος.</p>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΚΑΤΕΡΙΝΑ Π.....

ΗΛΙΚΙΑ: 33

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Ιδιωτικός Υπάλληλος

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΑΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ.

Η ασθενής Κατερίνα Π.....δεν αναφέρει κανένα παρόμοιο περιστατικό στην οικογένειά της. Ο πατέρας της πέθανε πριν από 5 χρόνια από έμφραγμα.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ.

Η ασθενής αναφέρει ότι σε ηλικία 18 ετών αφαίρεσε τις αμυγδαλές χωρίς επιπλοκές.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Ελεύθερη.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ: Είναι καπνίστρια, εδώ και 10 χρόνια. Καπνίζει ένα πακέτο την ημέρα (δηλαδή 20 τσιγάρα).

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:

Τον Μάρτιο του 1989, αντιλήφθηκε μια μάζα στην τραχηλική χώρα. Δόθηκε αντιβίωση με την οποία δεν υποχώρησε η μάζα.

Η ασθενής εισάγεται στον "Άγιο Σάββα".

Γίνεται παρακέντηση "όγκου" δεξιάς πλάγιας τραχηλικής χώρας. Μικροσκοπικώς, παρατηρούνται πολλά άτυπα λεμφοκύτταρα με πολλαπλούς πυρήνες (κύτταρα HODGKIN) και REED-STENBERG.

Στη βιοψία λεμφαδένων, όπου υποβλήθηκε η ασθενής, βρέθηκε μερική κατάληψη από HODGKIN λέμφωμα του τύπου μεικτού κυτταρικού πληθυσμού.

Συμπέρασμα: Νόσος HODGKIN οξείας σκληρυντικό στάδιο,

Συνεστήθη χημειοθεραπεία ABVD και ακτινοθεραπεία

ADRIAMMICIN: 25 MGR/M2 Ε.Φ. από πρώτη έως και δέκατη πέμπτη μέρα.

BLEOMYCIN 10 MGR/M2 Ε.Μ. από πρώτη έως και δέκατη πέμπτη μέρα.

VINBLASTINE 6 MGR/M2 ΕΦ από πρώτη έως δέκατη πέμπτη μέρα.

D.T.I.C. 375 MGR/M2 ΕΦ από πρώτη έως δέκατη πέμπτη μέρα.

Η ασθενής εισάγεται στην Α' Παθολογική κλινική του "Άγιου Σάββα",
για να αρχίσει νέο σχήμα ABVD.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Ι ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
Πυρετός	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων Κομπρέσες με δροσερό νερό. Χορήγηση άφθονων υγρών για τη πρόληψη αφυδάτωσης.	Σύμφωνα με οδηγίες του ιατρού, χορηγούνται αντιπυρετικά φάρμακα. Χορήγηση άφθονων υγρών στον άρρωστο.	Ο πυρετός κατέβηκε στα φυσιολογικά επίπεδα. Με εντολή ιατρού, γίνεται συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας του ασθενή.
Αλωπεκία	Προσπάθεια για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος.	Ενημέρωση της άρρωστης για την αλλαγή αυτή. Ενθάρρυνση της άρρωστης να χρησιμοποιεί περόνια, καπέλλο ή μανδήλι.	Συνιστούμε στον ασθενή να μην λούζεται συχνά. Ενθάρρυνση της άρρωστης να χρησιμοποιεί περόνια. Συχνή αλλαγή των λευχαιμάτων της άρρωστης ότι είναι κάτω το παροδικό.	Η ασθενής αισθάνεται πιο καλά και συνηθίζει την κατάσταση αυτή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
Έντονος κνησμός	Υποχώρηση του κνησμού	Συστηματική φροντίδα του δέρματος Λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι.	Συχνό λουτρό καθαριότητας	Σταδιακή υποχώρηση του κνησμού
Πόνος, που οφείλεται στη διόγκωση λεμφαδένα.	Καταπολέμηση του πόνου	Αλλαγή θέσης της άρρωστης. Χορήγηση αναλγητικών	Σύμφωνα με οδηγίες του ιατρού, χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα. Συχνή αλλαγή θέσης της άρρωστης.	Η άρρωστη, αισθάνεται καλύτερα.
Έμετος	Καταπολέμηση του εμέτου	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων Έλεγχος ηλεκτρολυτών του ορού.	Με εντολή ιατρού χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα, 1/2 ώρα πριν το φαγητό.	Ανακούφιση της άρρωστης από το σύμπτωμα αυτό.

ΝΟΣΗΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΞΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
Δύσπνοια	Ανακούφιση της άρρωστης από τη δύσπνοια.	Τοποθέτηση της άρρωστης σε ανάρροπη θέση Χορήγηση O ₂ .	Χορήγηση O ₂ Τυποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση.	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα
Βήχας	Ανακούφιση της άρρωστης από το βήχα.	Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.	Σύμφωνα με οδηγίες του ιατρού, χορηγείται στον ασθενή κωδεΐνη.	Η ασθενής ανακουφίζεται από το βήχα.
Ανορεξία	Προσπάθεια να επανέλθει η όρεξη της άρρωστης.	Η άρρωστη να μπορεί να διαλέγει την τροφή της. Δίαιτα πλούσια σε βιταμίνες, λευκάματα και θερμίδες. Συχνά και μικρά γεύματα	Επιλογή του φαγητού από την ασθενή. Συχνά και μικρά γεύματα, πλούσια σε βιταμίνες και θερμίδες.	Η ασθενής αρχίζει και τρώει περισσότερο σε συχνά γεύματα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Με αυτή την εργασία, φωτίσαμε τις πιο σημαντικές πλευρές του προβλήματος της νόσου HODGKIN και σχετικά με τη θεραπεία της, αλλά και σχετικά με τα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, πόσο σημαντική είναι η συμβολή της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς αυτή είναι, που έρχεται σε άμεση και συνεχή επαφή με τον ασθενή.

Η βοήθεια, που του παρέχει, είναι σημαντική, τόσο για την ανάρρωσή του, σωματικά, όσο και για την καλή ψυχολογική του υγεία.

Τέλος, πρέπει να δοθεί έμφαση στην ενημέρωση του κοινού, σχετικά με τις μορφές της νόσου και τις αιτίες, που τη προκαλούν, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η θεραπεία της νόσου στα πρώτα της στάδια και να μην φτάνουμε σε προχωρημένες περιπτώσεις ασθένειας.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαρδίκας Κ. : Αιματολογία, Τόμος Ιος, Έκδοση 5η, Επιστημονικά Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.", Αθήνα 1989.
- Ιωσιφίδης Ι. : Νόσος του HODGKIN, Τόμος Ιος, Έκδοση 1η, Επιστημονικά Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.", Αθήνα 1984.
- KAHLE W. - LEOXALDT H. - PLATJER W. : Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, Τόμος 2ος, Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις "Λίτσας", Μετάφραση: Παπαδόπουλος Ν., Αθήνα 1985.
- Καλλινίκου - Μανιάτη Μ. : Νεοπλασματικά νοσήματα του αίματος, Τόμος Ιος, Έκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1989.
- Κανδρεβιώτου Ν. : Νεοπλάσματα, Τόμος Ιος, Έκδοση 1η, Επιστημονικά Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.", Αθήνα 1983.
- Κατρίτση Δ. : Ανατομία - Φυσιολογία, Τόμος Ιος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "Ίδρυμα Ευγενίδου", Αθήνα 1989.
- Μαλγαρινού-Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. : Νοσηλευτική - Παθολογική - Χειρουργική, Τόμος 2ος, Έκδοση 9η, Εκδόσεις "Η Φαβιθά", Αθήνα 1987.
- MARCUS - KRUPP - CHATTON I. : Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική, Τόμος Ιος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.", Μετάφραση: Κρικέλης Ι. - Μουντικαλάκης Θ. - Φερτάκης Α., Αθήνα 1987.

Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ. : Παθολογική και Χειρουργική Νοση-
λευτική, Τόμος 2ος, Έκδοση Ιη, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1985.

Τούντας Ι. : Χειρουργική, Τόμος Ιος, Έκδοση Ιη, Επιστημονικά Εκδό-
σεις "Παρισιάνος Γ.", Αθήνα 1975.-

